





e-mail

## II. KRYTERIA FORMALNE OBLIGATORYJNE

**Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że osoba zgłaszana przeze mnie do pobytu w mieszkaniu treningowym:**

1. Przybyła do Polski od 24.02.2022 r. w związku z trwającym konfliktem zbrojnym z Federacją Rosyjską  
 TAK  NIE
2. Aktualnie zamieszkuje na terenie miasta Kielce  
 TAK  NIE
3. Posiada nadany nr PESEL/ ubiega się o nadanie nr PESEL  
 TAK  NIE
4. Korzysta z tego samego typu wsparcia w innych projektach współfinansowanych ze środków EFS w momencie składania Wniosku  
 TAK  NIE
5. Posiada:
  - zezwolenie na pobyt stały  
 TAK  NIE
  - posiadają zezwolenie na pobyt rezydenta długoterminowego w Unii Europejskiej  
 TAK  NIE
  - posiadają zezwolenie na pobyt czasowy  
 TAK  NIE
  - posiadają status uchodźcy  
 TAK  NIE
  - posiadają ochronę uzupełniającą  
 TAK  NIE
  - posiadają zgodę na pobyt tolerowany  
 TAK  NIE
  - posiadają zgodę na pobyt ze względów humanitarnych  
 TAK  NIE
  - mają uznane za obywatela polskie  
 TAK  NIE
  - mają nadane im obywatelstwo polskie  
 TAK  NIE

## III. KRYTERIA PUNKTOWANE

**Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że osoba zgłaszana przeze mnie do pobytu w mieszkaniu treningowym:**

1. Posiada orzeczenie o stopniu niepełnoprawności wydane w Polsce przez właściwy organ  
 TAK  NIE



- Jeśli posiada orzeczenie, jaki stopień niepełnosprawności
- znaczny
  - umiarkowany
  - lekki
2. Posiada zaświadczenie od lekarza specjalisty potwierdzające przewlekłą chorobę, jeśli nie ma orzeczenia
- TAK  NIE
3. Aktualnie przebywa w miejscach zbiorowego czasowego zakwaterowania
- TAK  NIE
4. Aktualnie ma zatrudnienie
- TAK  NIE

#### IV. ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

1. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności
- TAK  NIE
2. Zaświadczenie lekarskie o przewlekłej chorobie
- TAK  NIE

.....  
Miejscowość, data Czytelny podpis Wnioskodawcy

#### V. POTWIERDZENIE DOŁĄCZENIA DO WNIOSKU ZAŁĄCZNIKÓW

1. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności
- TAK  NIE
2. Zaświadczenie lekarskie o przewlekłej chorobie, jeśli brak orzeczenia o stopniu niepełnosprawności
- TAK  NIE

.....  
*Pieczętka/ podpis pracownika  
Działu ds. Organizacji Pobytu Dziennego  
i Całodobowego Osób Starszych i Niepełnosprawnych*

.....  
*Miejscowość, data*