



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
6. Był/była uczestnikiem projektu „Świętokrzyskie dla Ukrainy”
- 7.

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