ZAŁĄCZNIK NR ………..

|  |
| --- |
|  |
| *(imię i nazwisko/ adres wnioskodawcy)* |

**OŚWIADCZENIE O GRUPACH DEFAWORYZOWANYCH**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ja niżej podpisany/a legitymujący/a się dokumentem tożsamości | |  |
|  | | *(seria i numer)* |
| ubiegając się o dofinansowanie operacji | | |
|  | | |
| *(tytuł operacji)* | | |
| złożonej w ramach konkursu |  | |
|  | *(numer konkursu)* | |

ogłoszonego przez Stowarzyszenie Lokalna Grupa Działania „Zaścianek Mazowsza” oświadczam, że reprezentuję grupę defaworyzowaną określoną w LSR i jestem:

|  |
| --- |
| * **Osobą długotrwale bezrobotną**   *(Osoba bezrobotna pozostająca w rejestrze Powiatowego Urzędu Pracy łącznie przez okres ponad 12 miesięcy w okresie ostatnich 2 lat, z wyłączeniem okresów odbywania stażu i przygotowania zawodowego dorosłych);*   * **Osobą bezrobotną o niskich kwalifikacjach i doświadczeniu**   *(Osoba bezrobotna pozostającą w rejestrze Powiatowego Urzędu Pracy, która nie posiada kwalifikacji do wykonywania jakiegokolwiek zawodu poświadczonych dyplomem, świadectwem lub innym dokumentem uprawniającym do wykonywania zawodu oraz nie posiada potwierdzonego dokumentem (np. świadectwo pracy, umowa cywilno-prawna), doświadczenia uzyskanego w trakcie minimum rocznego zatrudnienia czy wykonywania innej pracy zarobkowej lub prowadzenia działalności gospodarczej przez okres co najmniej 6 miesięcy);*   * **Osobą młodą do 29 roku życia pozostającą bez pracy**   *(Osoba niezatrudniona oraz nie wykonująca innej pracy zarobkowej, która w dniu złożenia wniosku o dofinansowanie operacji nie ukończyła 29 roku życia);*   * **Kobietą nieaktywną zawodowo**   *(Kobieta niezatrudniona oraz nie wykonująca innej pracy zarobkowej);*   * **Osobą niepełnosprawną**   *(Osoba niezatrudniona oraz nie wykonująca innej pracy zarobkowej, która posiada wydane orzeczenie o niepełnosprawności przez uprawniony podmiot);*   * **Opiekunem osoby zależnej**   *(Osoba niezatrudniona oraz nie wykonująca innej pracy zarobkowej, która sprawuje opiekę nad osobą wymagającą ze względu na stan zdrowia lub wiek stałej opieki, np. dzieci do lat 7, osoby niepełnosprawne, osoby chore, osoby w podeszłym wieku pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym);*   * **Osobą starszą prowadzącą samodzielnie gospodarstwo domowe**   *(Osoba, która ukończyła 55 rok życia oraz prowadzi samodzielnie gospodarstwo domowe);*   * **Rolnikiem lub domownikiem nierentownego, małego gospodarstwa rolnego**   *(Osoba podlegająca ubezpieczeniu społecznemu rolników a powierzchnia gruntów rolnych prowadzonego gospodarstw rolnego jest mniejsza od średniej dla województwa mazowieckiego tj. 8,52 ha).* |

Na potwierdzenie załączam:

|  |
| --- |
| * Zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy o statusie osoby bezrobotnej; * Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności; * Zaświadczenie z Urzędu Gminy o liczbie osób zameldowanych w gospodarstwie domowym; * Zaświadczenie z Urzędu Gminy o wielkości gospodarstwa rolnego; * Zaświadczenie z Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego o okresie podlegania ubezpieczeniu społecznemu rolników oraz zakresie tego ubezpieczenia. |

|  |
| --- |
| Oświadczam, że informacje zawarte we wniosku są prawdziwe i zgodne ze stanem prawnym i faktycznym, znane mi są skutki odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 § 1 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz.U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.). |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *(miejscowość i data)* |  | *(podpis wnioskodawcy)* |