

Dotyczy osób w obszarze „A”: Zaświadczenie instytucji dla osób lub rodzin korzystających lub kwalifikujących się do objęcia wsparciem przez pomoc społeczną.

Niniejsze zaświadczenie może zostać wydane na prośbę zainteresowanego. Potwierdzenie zaświadczenia warunkuje możliwość udziału w projekcie darmowych badań prenatalnych współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego realizowane przez Med-Art Sp. z o.o.

Kwalifikowane będą zaświadczenia, w których treść nie została zmodyfikowana.

(miejscowość, data)

(nazwa instytucji)

Zaświadczenie

Niniejszym zaświadcza się, że Pani,
PESEL:

- **korzysta** ze świadczeń pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej* lub
- **kwalifikuje się do objęcia wsparciem** przez pomoc społeczną zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej* (tj. spełnia co najmniej jeden z warunków określonych w art. 7 ustawy o pomocy społecznej).

(*niepotrzebne skreślić)

.....

(podpis osoby upoważnionej w ramach instytucji)

Dotyczy osób w obszarze „B”: Osoby zagrożone wykluczeniem społecznym w myśl ustawy o zatrudnieniu socjalnym.

Niniejsze zaświadczenie może zostać wydane na prośbę zainteresowanego. Potwierdzenie zaświadczenia warunkuje możliwość udziału w projekcie darmowych badań prenatalnych współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego realizowane przez Med-Art Sp. z o.o.

Kwalifikowane będą zaświadczenia, w których treść nie została zmodyfikowana.

(miejscowość, data)

(nazwa instytucji)

Zaświadczenie

Niniejszym zaświadcza się, że Pani,
PESEL: należy do osób o których mowa w art. 1 ust. 2
ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym:

- bezdomnych realizujących indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej*,
- uzależnionych od alkoholu*,
- uzależnionych od narkotyków lub innych środków odurzających*,
- chorych psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego*,
- długotrwale bezrobotnych w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy*,
- osób niepełnosprawnych, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych*,

(*niepotrzebne skreślić)

.....

(podpis osoby upoważnionej w ramach instytucji)

Dotyczy osób w obszarze „C”: Osoby zagrożone wykluczeniem społecznym w myśl ustawy o zatrudnieniu socjalnym.

Niniejsze zaświadczenie może zostać wydane na prośbę zainteresowanego. Potwierdzenie zaświadczenia warunkuje możliwość udziału w projekcie darmowych badań prenatalnych współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego realizowane przez Med-Art Sp. z o.o.

Kwalifikowane będą zaświadczenia, w których treść nie została zmodyfikowana.

(miejscowość, data)

(nazwa instytucji)

Zaświadczenie

Niniejszym zaświadcza się, że Pani,
PESEL: jest osobą, która:

- przebywa w pieczy zastępczej lub opuszczając pieczę zastępczą w myśl ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej*,
- korzysta z wsparcia jako rodzina przeżywająca trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych w myśl ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej*.

(*niepotrzebne skreślić)

.....

(podpis osoby upoważnionej w ramach instytucji)

Dotyczy osób w obszarze „D”: Osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii.

Niniejsze zaświadczenie może zostać wydane na prośbę zainteresowanego. Potwierdzenie zaświadczenia warunkuje możliwość udziału w projekcie darmowych badań prenatalnych współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego realizowane przez Med-Art Sp. z o.o.

Kwalifikowane będą zaświadczenia, w których treść nie została zmodyfikowana.

(miejsowość, data)

(nazwa instytucji)

Zaświadczenie

Niniejszym zaświadcza się, że Pani,
PESEL: jest wychowankiem:

- młodzieżowego ośrodka wychowawczego*
- młodzieżowego ośrodka socjoterapii*

(*niepotrzebne skreślić)

.....

(podpis osoby upoważnionej w ramach instytucji)

Dotyczy osób w obszarze „E”. Osoby z niepełnosprawnością lub członkowie gospodarstw domowych sprawujący opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobom z niepełnosprawnością.

Niniejsze zaświadczenie może zostać wydane na prośbę zainteresowanego. Potwierdzenie zaświadczenia warunkuje możliwość udziału w projekcie darmowych badań prenatalnych współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego realizowane przez Med-Art Sp. z o.o.

Kwalifikowane będą zaświadczenia, w których treść nie została zmodyfikowana.

(miejsowość, data)

(imię i nazwisko, pesel)

Oświadczenie uczestnika

Niniejszym oświadczam, że:

- kwalifikuję się jako osoba z niepełnosprawnością, co poświadczam odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia*,
- jestem członkiem gospodarstwa domowego sprawującego opiekę nad osobą z niepełnosprawnością i co najmniej jeden z członków gospodarstwa domowego nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością (wymagane orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia osoby z niepełnosprawnością)*.

(*niepotrzebne skreślić)

Oświadczam również, że zostałam pouczona i jestem świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. Powyższe pouczenie zrozumiałam i przyjąłam do wiadomości i stosowania, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....

(podpis osoby składającej oświadczenie)

Dotyczy osób w obszarze „F”: Osoby korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020.

Niniejsze zaświadczenie może zostać wydane na prośbę zainteresowanego. Potwierdzenie zaświadczenia warunkuje możliwość udziału w projekcie darmowych badań prenatalnych współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego realizowane przez Med-Art Sp. z o.o.

Kwalifikowane będą zaświadczenia, w których treść nie została zmodyfikowana.

(miejsowość, data)

(nazwa instytucji)

Zaświadczenie

Niniejszym zaświadcza się, że Pani,
PESEL:, korzysta z Programu Operacyjnego Pomoc
Żywnościowa 2014-2020.

.....

(podpis osoby upoważnionej w ramach instytucji)