…………………………..

 *(Pieczęć)*

**ZAŚWIADCZENIE**

Zaświadcza się, że Pan/Pani ……………………….…………………………………………………………………………………

zamieszkały/a ……………………………………………………………………………………………………………

1. posiada status osoby zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczającej wielokrotnego wykluczenia

 tak  nie

1. jest osobą korzystającą ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujących się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;

 tak  nie

1. korzysta z Programu Operacyjnego Pomoc Żywieniowa (PO PŻ 2014-2020).

 tak  nie

Wydaje się na wniosek Zainteresowanego na potrzeby projektu pn. **Czas na aktywność w powiecie szydłowieckim –II edycja**

………………………………… ………………………………………… ……

 *Miejscowość i data Czytelny podpis osoby wydającej zaświadczenie*