Załącznik nr 3 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Szpital Domowy  
w Katowicach”

**OŚWIADCZENIA UCZESTNIKA PROJEKTU**

Ja (Imię i nazwisko)………………………………………………..…………………………………………………………………………

deklaruję chęć przystąpienia do projektu „Szpital Domowy w Katowicach” i tym składam następujące oświadczenia:

1. Oświadczam, że nie jestem wyłączony z możliwości korzystania z usług wsparcia w ramach Projektu „Szpital Domowy w Katowicach” tj.:
   1. nie korzystam ze świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych   
      i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz rehabilitacji leczniczej, w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego oraz   
      w warunkach stacjonarnych,
   2. podstawowym wskazaniem do objęcia mnie opieką w ramach Projektu „Szpital Domowy w Katowicach” nie jest zaawansowana choroba psychiczna lub uzależnienie tj. nie korzystam ze świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.
2. Oświadczam, że posiadam prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r.   
   o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).
3. Oświadczam, że jestem zadeklarowanym pacjentem placówki POZ (nazwa placówki i adres)   
     
   …………………………………………………………………………………………………………………………………………..….. współpracującej z Organizatorem w zakresie realizacji Projektu.
4. Oświadczam, że posiadam możliwość skorzystania z 3 serii 10cio dniowej rehabilitacji geriatrycznej w trybie ambulatoryjnym, w okresie realizacji projektu, polegającą w szczególności na dotarciu we własnym zakresie do miejsca realizacji świadczeń rehabilitacyjnych raz powrocie do domu.
5. Oświadczam, że posiadam minimalne warunki techniczne do udziału w Projekcie tj. dysponuję i potrafię obsługiwać telefon komórkowy, który będzie stanowił podstawowe narzędzie komunikacji między Uczestnikiem Projektu a zespołem Szpitala Domowego.
6. Oświadczam, że rozumiem, że wsparcie oferowane w Projekcie nie może być wykorzystywane przeze mnie w sytuacjach zagrożenia życia.
7. Oświadczam, że w czasie trwania Projektu nie korzystam oraz nie będę równocześnie korzystał z takiego samego wsparcia w innych projektach współfinansowanych ze środków UE

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………………………………. | ……………………………………………………………. |
| *(data)* | *(czytelny podpis)* |