

Załącznik nr 4 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Dzienny Oddział Geriatryczny”

OŚWIADCZENIA UCZESTNIKA PROJEKTU

Ja (Imię i nazwisko).....

deklaruję chęć przystąpienia do projektu „Dzienny Oddział Geriatryczny” i tym składam następujące oświadczenia:

1. Oświadczam, że nie jestem wyłączony z możliwości korzystania z usług wsparcia w ramach Projektu „Dzienny Oddział Geriatryczny” tj.:
 - a. 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,
 - b. podstawowym wskazaniem do objęcia mnie opieką w ramach Projektu „Dzienny Oddział Geriatryczny” 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 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)

Projekt „Dzienny Oddział Geriatryczny” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Biuro Projektu: EMC Silesia sp. z o.o. | Centrum Badawczo-Rozwojowe | ul. Morawa 31 | 40-353 Katowice, Budynek A, IIp. | tel. 661 770 175 | e-mail: katowice@emc-sa.pl | www.katowice.emc-sa.pl