



Załącznik nr 4 do Regulaminu

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

w ramach projektu pn. „Dzienny Dom Opieki Medycznej w CMP Sp. z o.o”
współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego
w ramach

Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego 2014 – 2020

9 Osi Priorytetowej Region spójny społecznie,

Działania 9.2 Usługi społeczne i zdrowotne,

Poddziałania 9.2.1 Usługi społeczne i zdrowotne w regionie

Nr projektu RPMP.09.02.01-12-0006/18

DANE OSOBOWE Proszę o zaznaczenie informacji lub czytelne udzielenie inf dotyczących Pana/Pani sytuacji w momencie rekrutacji do udziału w projekcie :	
Imię	
Nazwisko	
Miejsce zamieszkania	<input type="checkbox"/> Oświadczam, iż zamieszkuje na terenie Gmina Kraków
PESEL	
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna (właściwe proszę zaznaczyć X)
Wiek	<input type="checkbox"/> poniżej 65 r.ż <input type="checkbox"/> powyżej 65 r.ż (właściwe proszę zaznaczyć X)
Uczestnikiem projektu nie może być osoba która jest uczestnikiem innego projektu realizowanego w tym samym czasie w ramach RPO WM 2014-2020, w którym przewidziane formy wsparcia uczestnika są tego samego rodzaju lub zmierzają do tego samego celu/korzyści dla uczestnika projektu.	<input type="checkbox"/> Oświadczam, iż brak jest wykluczenia mojego uczestnictwa w projekcie <input type="checkbox"/> Oświadczam, iż występuje wykluczenia mojego uczestnictwa w projekcie (właściwe proszę zaznaczyć X)
Uczestnikiem projektu musi posiadać prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	<input type="checkbox"/> Oświadczam, iż brak jest wykluczenia mojego uczestnictwa w projekcie <input type="checkbox"/> Oświadczam, iż występuje wykluczenia



<p>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.)</p>	<p>mojego uczestnictwa w projekcie (właściwe proszę zaznaczyć X)</p>
<p>Ze względu na charakter opieki świadczonej w DDOM, ze wsparcia wyłączone będą osoby korzystające 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, a także osoby, w przypadku których podstawowym wskazaniem do objęcia ich opieką jest zaawansowana choroba psychiczna lub uzależnienie (korzystające ze świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień).</p>	<p><input type="checkbox"/> Oświadczam, iż brak jest wykluczenia mojego uczestnictwa w projekcie <input type="checkbox"/> Oświadczam, iż występuje wykluczenia mojego uczestnictwa w projekcie (właściwe proszę zaznaczyć X)</p>
<p>Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe i kompletne. Przyjmuję do wiadomości że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje na podstawie krajowych rejestrów pod względem ich zgodności z prawdą.</p> <p>Oświadczam, że zobowiązuję się poinformować : Centrum Medycyny Profilaktycznej Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością ul. Bolesława Komorowskiego 12 30-106 Kraków o wszelkich zmianach, w terminie 3 dni od dnia zaistnienia zdarzenia i świadomy(a) odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, oświadczam, że wszystkie dane podane przeze mnie w niniejszym oświadczeniu są prawdziwe oraz zgodne z rzeczywistym stanem rzeczy i moim aktualnym statusem prawnym.</p> <p>Stosowne oświadczenie o zmianach należy złożyć w formie pisemnej pod adres: Centrum Medycyny Profilaktycznej Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością ul. Bolesława Komorowskiego 12 30-106 Kraków (obiekt przystosowany do os. z niepełnosprawnością)</p> <p>lub Dzienny Dom Opieki Medycznej ul. Olszańska 5 31-513 Kraków</p> <p>.....</p>	



Data i czytelny podpis osoby

OŚWIADCZENIE PRACOWNIKA DDOM

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z okazanym dokumentem tożsamości.

.....
Data i czytelny podpis osoby reprezentującej DDOM