Załącznik nr 2

Projekt „Utworzenie Całodobowego Domu Opieki w Dębicy" współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego realizowany przez Fundację Medyk dla Zdrowia na podstawie umowy nr RPPK.08.03.00-18-0040/18-00 zawartej z Wojewódzki Urzędem Pracy w Rzeszowie w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020

Oś priorytetowa VIII Integracja społeczna
Działania 8.3 Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych

DEKLARACJA UCZETNICTWA W PROJEKCIE
„Utworzenie Całodobowego Domu Opieki w Dębicy"

Ja, niżej podpisany/a……
(Imię i nazwisko)

Zamieszkały/a ……
(Miejscowość, ulica, nr budynku/lokalu)

nr PESEL: ……

Wyrażam gotowość i zgodę na udział w projekcie „***Utworzenie Całodobowego Domu Opieki w Dębicy***" realizowanym przez Fundację Medyk Dla Zdrowia współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020 finansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego, Oś Priorytetowa VIII Integracja społeczna, Działanie 8.3 *Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych*.

1. Oświadczam, że spełniam kryteria uprawniające mnie do udziału w ww. projekcie zawarte w Regulaminie rekrutacji i udziału w projekcie tj.:
   - jestem osobą pełnoletnią
   - jestem osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności
   - jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną/z zaburzeniami psychicznymi/z niepełnosprawnością intelektualną/z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi
   - jestem osobą korzystającą z pomocy społecznej
   - jestem osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa
   - jestem osobą niesamodzielną której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego na osobę samotnie gospodarującą lub osobę w rodzinie
   - zamieszkuję na terenie powiatu dębickiego i okolicznych powiatów województwa podkarpackiego

2. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie „***Utworzenie Całodobowego Domu Opieki w Dębicy***"", akceptuję jego wszystkie zapisy oraz zobowiązuję się do przestrzegania zawartych w nim postanowień.
3. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, iż projekt ten jest finansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020 finansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego, Oś Priorytetowa VIII Integracja społeczna, Działanie 8.3 *Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych*..

---------- ----------
Miejscowość, data Czytelny podpis Uczestnika/Uczestniczki projektu

Biuro projektu:

Fundacja Medyk Dla Zdrowia
ul. Szopena 15a, 35-055 Rzeszów, Tel. (17) 865-20-94
e-mail: biuro@fundacja.medyk.rzeszow.pl