

Załącznik nr 2

Projekt: „Dzienny Dom Opieki w Łączkach Kucharskich”

Numer umowy: RPPK.08.03.00-18-0039/22-00 realizowany przez Fundację Medyk Dla Zdrowia

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego finansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego Priorytet VIII Integracja społeczna Działanie 8.3 Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE „DZIENNY DOM OPIEKI W ŁĄCZKACH KUCHARSKICH”

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

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

nr PESEL:

Wyrażam gotowość i zgodę na udział w projekcie „Dzienny Dom Opieki w Łączkach Kucharskich” 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 kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w ww. projekcie zawarte w Regulaminie rekrutacji udziału w projekcie tj.:
 - o Ukończyłem/am 60 rok życia
 - o jestem osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności
 - o jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną/z zaburzeniami psychicznymi/z niepełnosprawnością intelektualną/z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi
 - o jestem osobą korzystającą z pomocy społecznej
 - o jestem osobą korzystającą z PO PŻ
 - o jestem osobą niesamodzielną której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego na osobę samotnie gospodarującą lub osobę w rodzinie
 - o zamieszkuję na terenie powiatów dębicki lub ropczycko-sędziszowski

2. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie „Dzienny Dom Opieki w Łączkach Kucharskich”, 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..

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że dane przedstawione w deklaracji uczestnictwa w projekcie odpowiadają stanowi faktycznemu i są zgodne z prawdą.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis Uczestnika/Uczestniczki projektu



Fundacja
Medyk dla Zdrowia

Biuro projektu:

Fundacja Medyk Dla Zdrowia
ul. Szopena 15a , 35-055 Rzeszów,
tel. (+48)509891007; (+48) 574995831
e-mail: biuro@fundacja.medyk.rzeszow.pl