Zał. 3

DEKLARACJA UDZIAŁU W PROJEKCIE

Dane kontaktowe uczestnika projektu:

Imię i nazwisko

Numer PESEL uczestnika projektu, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy

Adres faktycznego **zamieszkania**

.....
ulica, numer domu, numer mieszkania

....
kod pocztowy miejscowość gmina

Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

.....

Nr telefonu do kontaktu

mail: .....

Wyrażam zgodę na uczestnictwo w projekcie pt. ***Jesteśmy z Tobą - Dzienny Dom Opieki Medycznej w Ekumenicznej Stacji Opieki we Wrocławiu,*** który jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego oraz z budżetu państwa.

Oświadczam, że:

- zapoznałam/em się i akceptuję treść Regulaminu organizacyjnego działania Dziennego Domu Opieki Medycznej w prowadzonego przez Ekumeniczną Stację Opieki - Centrum Pielęgniarstwa Rodzinnego, Rehabilitacji i Opieki Paliatywnej we Wrocławiu.,
- przedłożone przeze mnie w niniejszej deklaracji informacje są zgodne ze stanem faktycznym,
- spełniam wszystkie kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie,
- 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,
- podstawowym wskazaniem do objęcia opieką nie jest zaawansowana choroba psychiczna lub uzależnienie (tj. nie korzystam ze świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień),
- 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.)

.....
podpis uczestnika

- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z art.23 ust.1 pkt 2 lub art. 27 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych(Dz. U. z 2014 r. poz. 1182 z późn. zm.) niezbędnych do realizacji ww. projektu.

Jednocześnie:
- zobowiązuje się przestrzegania zasad uczestnictwa w projekcie wskazanych w Regulaminie,
- uczestnictwa we wszystkich zaplanowanych formach wsparcia na zasadach określonych w Regulaminie,
- zobowiązuje się do udzielania niezbędnych informacji dla celów monitoringu, kontroli i ewaluacji Projektu w trakcie i do 3 m-cy po zakończeniu udziału w projekcie,
- zobowiązuję się do udziału w badaniach ankietowych związanych z realizacją projektu i oceną funkcjonowania DDOM.
- oświadczam, że zostałem poinformowany, że z Informacją o obowiązku informacyjnym w przypadku zbierania danych można zapoznać się w siedzibie ESO oraz na stronie internetowej http://eso.wroclaw.pl w zakładce Dzienny Dom Opieki Medycznej.

Deklaruję, iż wraz ze mną ze wsparcia projektowego korzystać będzie:

Dane kontaktowe członka rodziny/opiekuna w sprawie DDOM:

Imię i nazwisko członka rodziny/opiekuna uczestnika

…….…… ……

Telefon kontaktowy członka rodziny/opiekuna

mail: …….

…… ……

miejscowość, data *podpis uczestnika*

……

podpis członka rodziny/ opiekuna uczestnika