**Załącznik nr 5** do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie pn. „Przepis na Opiekę - wsparcie osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu z obszaru Powiatu Piotrkowskiego” -  **DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Ja, niżej podpisany(a) ……………………………………………………...……………………………………… (imię i nazwisko)

PESEL: ………………………………………………………………………………………………….…………

(nr PESEL)

deklaruję udział w projekcie pn. „Przepis na Opiekę - wsparcie osób potrzebujących wsparcia w  codziennym funkcjonowaniu z obszaru Powiatu Piotrkowskiego”, realizowanym przez HRP Care Sp. z o. o. w partnerstwie z  Powiatem Piotrkowskim w ramach 9 Osi Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 – Poddziałanie 9.2.1 Usługi społeczne i  zdrowotne.

Oświadczam równocześnie, że:

1. Spełniam kryteria kwalifikowalności, zgodnie z Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie pn. „Przepis na Opiekę - wsparcie osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu z obszaru Powiatu Piotrkowskiego”, uprawniające mnie do udziału w Projekcie,
2. Zapoznałam/zapoznałem się z Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie pn. „Przepis na Opiekę - wsparcie osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu z obszaru Powiatu Piotrkowskiego” w zakresie opieki długoterminowej oraz zobowiązuję się do jego przestrzegania.
3. Zastałam/zostałem poinformowana/ny, iż projekt „Przepis na Opiekę - wsparcie osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu z obszaru Powiatu Piotrkowskiego” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
4. Przedstawione przeze mnie w dokumentacji rekrutacyjnej dane są prawdziwe i odpowiadają stanowi faktycznemu na dzień podpisania niniejszej deklaracji. Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności jaka ponoszę w przypadku podania nieprawdziwych danych.
5. Nie korzystałem/am z tego samego typu wsparcia w innych projektach współfinansowanych

z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach RPO WŁ 2014-2020.

1. Nie jestem objęty/a wsparciem w ramach świadczenia pielęgnacyjnego i opiekuńczego w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia.
2. Nie mam dostępu do świadczeń gwarantowanych.

………………………………………… ……………………………………

(miejscowość, data) (czytelny podpis uczestnika projektu)