

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 zobowiązuje się do jego przestrzegania.
3. Zostałam/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 korzystałam/am z tego samego typu wsparcia w innych projektach współfinansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach RPO WŁ 2014-2020.
6. Nie jestem objęty/a wsparciem w ramach świadczenia pielęgnacyjnego i opiekuńczego w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia.
7. Nie mam dostępu do świadczeń gwarantowanych.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis uczestnika projektu)

Pouczenie

Składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą podlega odpowiedzialności karnej zgodnie z §233 Kodeksu Karnego