

Załącznik nr 6

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE  
„Rozszerzenie działalności Gabinetów Rehabilitacji  
RUDEK o Dzienny Dom Opieki Medycznej”**

**nr WND-POWR.05.02.00-00-0052/15**

Oświadczam, że:

- podane przeze mnie dane w formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą;
- spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w przedmiotowym projekcie tj.:
  - a) jestem osobą uprawnioną do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych\*,
  - b) jestem osobą bezpośrednio po przebytej hospitalizacji\*,
  - c) w okresie ostatnich 12 miesięcy udzielone zostały mi świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia szpitalnego\*,
  - d) 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\*,
  - e) nie korzystam ze świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień\*,
- zapoznałem/am się z regulaminem DDOM i zobowiązuję się do jego przestrzegania,
- jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania z Art. 233 § 1 kodeksu karnego (Dz. U. z 1977, nr 88, poz. 533 z późn. zm) oświadczam, że podane informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

Jednocześnie deklaruję chęć udziału w Projekcie pn. „Rozszerzenie działalności Gabinetów Rehabilitacji RUDEK o Dzienny Dom Opieki Medycznej” w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, Działanie 5.2 Działania proaktywne i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych i zobowiązuję się do uczestnictwa w nim w okresie jego trwania.

Zobowiązuje się również udzielić niezbędnych informacji o osiągniętych rezultatach na każdym etapie realizacji projektu.

.....  
*Miejscowość, data*

.....  
*Czytelny podpis*

\*niepotrzebne skreślić