Projekt **„Rozwój usług pielęgnacyjnych w Gminie Szczerców, dedykowanych osobom potrzebującym wsparcia w codziennym funkcjonowaniu”**
współfinansowany w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027

Załącznik nr 10 Oświadczenie dotyczące usług zdrowotnych
do Regulaminu Rekrutacji i udziału w projekcie
„Rozwój usług pielęgnacyjnych w Gminie Szczerców,
dedykowanych osobom potrzebującym wsparcia w codziennym funkcjonowaniu”

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE USŁUG ZDROWOTNYCH

Ja niżej podpisany(a)…….
(imię i nazwisko składającego(ej) oświadczenie)

Zamieszkały(a):……
(adres zamieszkania: kod, miejscowość, ulica, nr domu/zamieszkania)

W związku z objęciem wsparciem poprzez świadczenie opieki zdrowotnej, tj. usług zdrowotnych, pielęgnacyjnych i usprawniających w opiece długoterminowej w ramach projektu pn. „Rozwój usług pielęgnacyjnych w Gminie Szczerców, dedykowanych osobom potrzebującym wsparcia w codziennym funkcjonowaniu” pouczony/a i świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że świadczenia opieki zdrowotnej objęte projektem nie mogą zostać sfinansowane ze środków publicznych, ponieważ:

- wykraczają poza gwarantowane świadczenia opieki zdrowotnej

- gwarantowana usługa zdrowotna nie mogłaby zostać sfinansowana ze środków publicznych w okresie nie dłuższym niż tydzień od podpisania umowy uczestnictwa w projekcie.

Jednocześnie, w przypadku objęcia wsparciem w projekcie w postaci usług zdrowotnych, oświadczam, że nie korzystam i nie będę korzystał/a z tego samego typu wsparcia w innych projektach współfinansowanych z EFS Plus w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027.

…….. ……

MIEJSCOWOŚĆ I DATA

CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

(opiekuna faktycznego/ prawnego)