

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Osoba niesamodzielną

IMIĘ NAZWISKO

PESEL

Ja, niżej podpisany/a* wyrażam zgodę na uczestnictwo w Projekcie "Wsparcie osób z niepełnosprawnością", nr RPKP.09.03.02-04-0045/17 realizowanym przez **Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ALMACH Bogusława Hirt - Nowak** w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020 Oś priorytetowa IX Solidarne społeczeństwo Działanie 9.3 Rozwoju usług zdrowotnych i społecznych Poddziałanie 9.3.2 Rozwój usług społecznych.

Jednocześnie deklaruję, iż spełniam warunki kwalifikujące mnie do objęcia przedmiotowym projektem, w tym:

- jestem mieszkańcem województwa kujawsko-pomorskiego** (zgodnie z art. 25 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks cywilny miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu)
- spełniam przesłanki zagrożenia ubóstwem i wykluczeniem społecznym** (dotyczy w szczególności przesłanek, o których mowa w art.7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej)
- jestem osobą niepełnosprawną** (za osoby niepełnosprawne uznaje się osoby niepełnosprawne w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2011 r., a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia)
- jestem opiekunem faktycznym osoby niepełnosprawnej** (dotyczy wyłącznie opiekuna faktycznego osoby niepełnosprawnej, uczestniczącej w projekcie)
- jestem osobą skierowaną do przeszkolenia i zatrudnienia/zaangażowania na stanowisku asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej**
- jestem rodziną zastępczą** (w rozumieniu ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej)
- jestem dzieckiem wychowującym się w pieczy zastępczej** (w rozumieniu ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej)
- jestem członkiem rodziny zastępczej – nie pełniącym funkcji rodziny zastępczej** (w rozumieniu ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej)

KRYTERIA PIERWSZEŃSTWA:

(proszę o zaznaczenie właściwych pól)

- jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z przesłanek, o których mowa w rozdziale 3 pkt 13) „Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020” (wersja z dnia 24 października 2016r.), a w szczególności art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.**
- mój dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie), o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej**
- korzystam z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa.**
- jestem osobą niepełnosprawną o znacznym albo umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczeniem równoważnym ze stopniem znacznym albo umiarkowanym)**
- jestem osobą niepełnosprawną z niepełnosprawnościami sprzężonymi**
- jestem osobą z niepełnosprawnością intelektualną albo osobą niepełnosprawną z zaburzeniami psychicznymi,**
- jestem osobą niesamodzielną – osobą, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność* wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego**

Oświadczam, że podane przez mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym oraz iż zostałem/am pouczony/a* o wynikającej z odpowiednich przepisów odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

.....

Miejscowość, data CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU**

* niepotrzebne skreślić

** Deklarację uczestnictwa w projekcie w imieniu osób małoletnich albo osób nie posiadających pełnej zdolności do czynności prawnych składa opiekun prawny takiej osoby

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej **ALMACH** Bogusława Hirt- Nowak
ul. Glinki 146, 85-861 Bydgoszcz, REGON 092988238, NIP 953-122-46-36
tel. kom. 668 422 350, e-mail boguslawa@almach.pl