



Fundusze Europejskie
dla Opolskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



OPOLSKIE

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Ja, niżej podpisany/a _____,

PESEL: _____,

zamieszkały/a: _____,

niniejszym deklaruję chęć uczestnictwa w projekcie pn. *"Łamiemy bariery! Kompleksowe wsparcie osób starszych oraz osób z niepełnosprawnościami, na terenie Subregionu Północnego woj. opolskiego."* nr **FEOP.07.01-IZ.00-0054/23**, realizowanym w ramach Funduszy Europejskich dla Opolskiego 2021-2027.

Oświadczam, że spełniam kryteria formalne uczestnictwa w projekcie, tj.:

- mam ukończone 60 lat,
- zamieszkuję na terenie województwa opolskiego - Subregionu Opolskiego (powiat namysłowski; Miasto Kluczbork; powiat oleski, w tym Gmina Olesno, Gmina Gorzów Śląski, Gmina Radłów).

Zobowiązuję się do udziału w oferowanych formach wsparcia zgodnie z regulaminem projektu, w tym:

- opiece długoterminowej w warunkach domowych,
- usługach asystenckich (jeśli dotyczy),
- opiece pielęgniarstwa,
- likwidowanie barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osób niepełnosprawnych (jeśli dotyczy),
- korzystaniu z transportu (jeśli dotyczy).

1. Zostałem/-am poinformowany/-a o współfinansowaniu projektu przez Unię Europejską środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Funduszy Europejskich dla Opolskiego 2021-2027

2. Dobrowolnie deklaruję swój udział w projekcie.

3. Zapoznałem/-am się z zasadami uczestnictwa w projekcie oraz akceptuję warunki uczestnictwa.

4. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych danych zgodnie z §233 Kodeksu Karnego i jednocześnie oświadczam, że dane podane w deklaracji uczestnictwa są zgodne z prawdą.

Załącznik potwierdzający adres zamieszkania:

- informacja o zameldowaniu na pobyt stały z lub czasowy z Urzędu Gminy lub pobrane zaświadczenie elektronicznie poprzez profil zaufany na stronie: www.gov.pl

Data: _____

Podpis uczestnika: _____



Fundusze Europejskie
dla Opolskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



 **OPOLSKIE**

Imię i nazwisko:.....

Szczególne potrzeby uczestnika

Aby zapewnić odpowiednie i bezpieczne warunki udziału w projekcie, prosimy o wskazanie szczególnych potrzeb związanych z Pani/Pana stanem zdrowia, funkcjonowaniem codziennym oraz organizacją wsparcia. Informacje te są poufne i posłużą wyłącznie dostosowaniu form pomocy.

Przykładowe pytania:

1. Stopień niepełnosprawności (zgodnie z orzeczeniem)
 Brak
 Lekki
 Umiarkowany
 Znaczny
 Sprzężona

(załącz kopię orzeczenia)

2. Czy posiada Pan/Pani szczególne potrzeby, o których powinniśmy wiedzieć, aby właściwie dostosować wsparcie?
 Nie
 Tak, proszę podać jakie:
3. Czy ma Pan/Pani ograniczenia w poruszaniu się, wymagające zapewnienia transportu lub dostosowanego miejsca spotkań?
 Tak
 Nie
4. Czy potrzebuje Pan/Pani materiałów w alternatywnej formie (np. duży druk, format elektroniczny, pomoc opiekuna)?
 Tak, proszę podać jakie:
 Nie
5. Czy występują inne kwestie zdrowotne, dietetyczne lub organizacyjne, które powinniśmy uwzględnić?
Pole tekstowe:

Data: _____

Podpis uczestnika: _____