Załącznik nr 6 do Regulaminu

**OŚWIADCZENIE** **DOTYCZĄCE USŁUG ZDROWOTNYCH**

Ja niżej podpisany (a): ………………………………………………………………………

(imię i nazwisko składającego/ej oświadczenie )

Zamieszkały (a):

Jaworzno, ………….…………………………………………………………………….……

(adres zamieszkania: kod, miejscowość, ulica, nr domu/mieszkania)

W związku z objęciem wsparciem poprzez świadczenie opieki zdrowotnej, tj. usług zdrowotnych, rehabilitacyjnych i pielęgnacyjnych w ramach projektu pn. *„U siebie – Bezpłatne usługi opiekuńcze prowadzone w miejscu zamieszkania oraz w ramach Klubu Seniora dla niesamodzielnych mieszkańców Miasta Jaworzna, których celem jest zwiększenie samodzielności w codziennym funkcjonowaniu seniorów we własnym środowisku domowym i lokalnym”*

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 trwania projektu
* nie dotyczy

Jednocześnie oświadczam, że w przypadku objęcia wsparciem w projekcie w postaci usług zdrowotnych, nie korzystam i nie będę korzystał/a z tego samego typu wsparcia w innych projektach wspófinansowanych z EFS w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020.

|  |  |
| --- | --- |
| Jaworzno, ……….……………… 2018 r. | ……………………………………………………… |
| *MIEJSCOWOŚĆ I DATA* | *CZYTELNY PODPIS  UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU\*\** |

\*\* W przypadku gdy Uczestnik nie może samodzielnie podpisać dokumentu lub kontakt z nim jest ograniczony, ustaleń dokonuje się z Opiekunem, który podpisuje w jego imieniu.