Załącznik nr 3

OŚWIADCZENIE O BRAKU WYŁĄCZENIA Z MOŻLIWOŚCI KORZYSTANIA Z USŁUG DZIENNEGO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ

OŚWIADCZENIE O POSIADANIU PRAWA DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH

OŚWIADCZENIE O PODDZNIU SIĘ BADANIOM EWALUACYJNYM

Ja (Imię i Nazwisko): ……

PESEL: ……

Deklaruję chęć uczestnictwa do projektu DDOM i składam następujące oświadczenia:

1. Oświadczam, że:
   a) 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,
   b) nie jestem uzależniony od alkoholu i narkotyków oraz nie korzystam ze świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej.
2. Oświadczam, że posiadam prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia 7 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008r. Nr. 164, poz. 1027, z późn. zm).
3. Oświadczam, że wyrażam zgodę na poddanie się badaniom ewaluacyjnym jako uczestnik projektu oraz zobowiązuję się do udzielenia odpowiedzi na pytania ankietera po zakończeniu udziału w projekcie oraz na badanie mające na celu określenie realizacji wskaźników zawartych w projekcie.

…… ……

data, miejscowość **czytelny podpis świadczeniobiorcy**