

.....  
.....

### 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, rehabilitacyjnych i pielęgnacyjnych w ramach projektu pn. „Razem możemy lepiej – program wsparcia dla osób niesamodzielnych i ich opiekunów”.

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

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 w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata – 2014- 2020

.....  
.....  
*CZYTELNIE PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU*  
.....  
*MIEJSCOWOŚĆ I DATA*

\*\*W przypadku gdy Podopieczny nie może samodzielnie podpisać lub kontakt z nim jest ograniczony ustalenia dokonuje się z Opiekunem i Opiekun podpisuje kontrakt.

Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach  
Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020