



Załącznik nr 5.2 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Pomoc na wyciągnięcie ręki!”

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

„Pomoc na wyciągnięcie ręki!” nr FESW.09.04-IZ.00-0043/24

współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+)
w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027,
Priorytet 9. Usługi społeczne i zdrowotne, Działanie 09.04. Zwiększenie dostępności usług
społecznych i zdrowotnych

DOTYCZY OPIEKUNA FAKTYCZNEGO

Imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	

Deklaruję uczestnictwo w projekcie pn. **„Pomoc na wyciągnięcie ręki!” nr FEWS.09.04-IZ.00-0043/24**, realizowanego w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+), Priorytet 9. Usługi społeczne i zdrowotne, Działanie 09.04. Zwiększenie dostępności usług społecznych i zdrowotnych, którego realizatorem jest NEUROCLINIC – CENTRUM TERAPII I ROZWOJU AGNIESZKA SCENDO

Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w Projekcie, tj. jestem:

- Osobą uczącą się lub pracującą lub zamieszkującą miasto Kielce, gminę Piekoszków, gminę Strawczyn z powiatu kieleckiego i miasta Kielce w województwie świętokrzyskim w rozumieniu Kodeksu Cywilnego,
- Osobą opiekującą się osobą potrzebującą wsparcia, nie będącą opiekunem formalnym (zawód) i nie pobierającą wynagrodzenia z tytułu sprawowania takiej opieki, np. członek rodziny, osoba bliska, wolontariusz,
- Osobą będącą opiekunem faktycznym osoby potrzebującej wsparcia, która została zakwalifikowana do projektu.

Po zakończeniu udziału w projekcie zobowiązuje się do przekazywania danych potrzebnych do wyliczenia wskaźnika rezultatu bezpośredniego zgodnie z zakresem danych określonych w Wytycznych dotyczących monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów na lata 2021-2027.



Oświadczam, że:

- 1) zawarte w Formularzu zgłoszeniowym do projektu dane są zgodne z prawdą i zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Beneficjenta o zaistniałych zmianach;
- 2) zostałem/-am poinformowany/-a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

.....

Data i czytelny podpis