



Załącznik nr 2
do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa
w projekcie **Dzienny Ośrodek Rehabilitacyjno-Pielęgnacyjny dla Osób Starszych**

OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU KRYTERIUM GRUPY DOCELOWEJ
projektu pn. **Dzienny Ośrodek Rehabilitacyjno-Pielęgnacyjny dla Osób Starszych**
nr RPLU.11.02.00-06-0054/18,
realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego
Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020, Oś priorytetowa 11. *Włączenie społeczne*
Działanie 11.2 *Usługi społeczne i zdrowotne*

Ja, niżej podpisana/y (wpisać imię i nazwisko)

.....
oświadczam, że spełniam kryteria udziału w projekcie pn. **Dzienny Ośrodek Rehabilitacyjno-Pielęgnacyjny dla Osób Starszych**, realizowanym przez Stowarzyszenie Integracji Rodzin PRZYSTAŃ w Chełmie, tj.:

- a) na dzień przystąpienia do projektu mam ukończone 55 lat;
- b) zamieszkuję na terenie miasta Chełm lub powiatu chełmskiego;
- c) jestem osobą niesamodzielną na skutek schorzeń lub niepełnosprawności lub podeszłego wieku – co utrudnia mi samodzielność i w związku z tym wymagam opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego;
- d) jestem zdolny/zdolna do udziału w Projekcie;
- e) wyrażam chęć uczestnictwa w Projekcie;
- f) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych,

Jednocześnie zobowiązuję się do:

- a) przestrzegania zasad uczestnictwa w Projekcie,
- b) niezwłocznego informowania Stowarzyszenia Integracji Rodzin PRZYSTAŃ o zmianie jakichkolwiek danych zawartych w dokumentach rekrutacyjnych,
- c) systematycznego i aktywnego uczestnictwa we wszystkich obowiązkowych działaniach projektu,
- d) uczestnictwa w monitoringu, w szczególności do wypełniania niezbędnych ankiet i formularzy;
- e) udzielania informacji na temat swoich losów rodzinnych i zawodowych w trakcie trwania wsparcia w ramach projektu oraz do 4 tygodni od dnia zakończenia udziału w Projekcie.

Oświadczam, że:

jestem świadomy/a praw i obowiązków związanych z realizacją projektu **Rodzinna PRZYSTAŃ** realizowanym w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, Oś Priorytetowa: 11 Włączenie Społeczne, Działanie 11.2 *Usługi społeczne i zdrowotne*

.....
Data i miejscowość

.....
*Czytelny podpis Uczestniczki/Uczestnika
lub opiekuna prawnego¹*

¹ Oraz jego przedstawiciela ustawowego (jeśli dotyczy).