



Załącznik nr 4 do Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa w projekcie pn.
BLISKO, PROFESJONALNIE, Z TROSKĄ
– usługi opieki długoterminowej w powiecie jasielskim

OŚWIADCZENIE O NIE OBJĘCIU RÓWNOCZESNYM WSPARCIEM W RAMACH TEGO SAMEGO RODZAJU USŁUG

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

OŚWIADCZAM, ŻE

- nie jestem objęty/a analogicznym wsparciem* w ramach tego samego rodzaju usług w projektach realizowanych z Priorytetu 8-RLKS SZOP FEP 2021-2027
- nie jestem objęty/a analogicznym wsparciem* w ramach tego samego rodzaju usług w programach krajowych, szczególnie z programu FERS 2021-2027

* Przez analogiczne wsparcie rozumie się następujące usługi i działania:

- 1) usługi pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu
- 2) rehabilitacja w miejscu zamieszkania dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu
- 3) indywidualne wsparcie psychologiczne dla opiekunów faktycznych
- 4) grupowe poradnictwo świadczone przez pielęgniarkę dla opiekunów faktycznych

Oświadczam, że nie jestem objęty/a opieką hospicjum domowego w ramach NFZ;

Oświadczam, że nie korzystam z rehabilitacji domowej w ramach NFZ;

Oświadczam, że nie jestem objęty/a opieką zespołu długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie;

Oświadczam, że nie jestem objęty/a opieką przez inny zakład opiekuńczy udzielający świadczeń gwarantowanych w warunkach stacjonarnych;

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis¹)

¹ Czytelny podpis uczestnika lub opiekuna prawnego/faktycznego. Jako czytelny podpis rozumiany jest **wyraźny** podpis **pełnym imieniem i nazwiskiem**.