

Lider projektu:



Partnerzy:

Centrum Pomocy Specjalistycznej "Remedium" - Turek i Wspólnicy Spółka Jawna  
Powiat Chodzieski  
POLSKIE STOWARZYSZENIE WIDOKI  
Fundacja UKRYTE MARZENIA

## DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

IMIĘ .....

NAZWISKO .....

PESEL .....

Ja, niżej podpisany/a deklaruję uczestnictwo w Projekcie „Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla mieszkańców Powiatu Chodzieskiego”, nr **RPWP.07.02.02-30-0139/19**, realizowanym przez **Fundację AKME z siedzibą przy ul. Grzybowa 4, Bogucin 62-006 Kobylnica, Centrum Pomocy Specjalistycznej „Remedium”, Powiat Chodzieski, POLSKIE STOWARZYSZENIE WIDOKI oraz Fundację UKRYTE MARZENIA** w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 Oś Priorytetowa 7: Włączenie społeczne, Działanie 7.2 Usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałanie 7.2.2. Usługi społeczne i zdrowotne - projekty konkursowe oraz pozakonkursowe w zakresie epidemii COVID-19.

Jednocześnie deklaruję, iż spełniam warunki kwalifikujące mnie do objęcia przedmiotowym projektem, w tym:

- jestem mieszkańcem Powiatu Chodzieskiego (zgodnie z art. 25 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks cywilny miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu)
- spełniam przesłanki zagrożenia ubóstwem i wykluczeniem społecznym (dotyczy w szczególności przesłanek, o których mowa w art.7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej)
- jestem osobą niepełnosprawną (za osoby niepełnosprawne uznaje się osoby niepełnosprawne w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2011 r., a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia)

lub

- jestem osobą z otoczenia uczestnika projektu z zaburzeniem psychicznym

Oświadczam, że podane przez mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym oraz iż zostałem/am pouczony/a o wynikającej z odpowiednich przepisów odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

.....  
Miejscowość, data CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU



Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt „Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla mieszkańców Powiatu Chodzieskiego”  
współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.