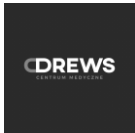


Lider projektu:



„DREWS” Agnieszka Drews

Partnerzy:

Stowarzyszenie Osób i Rodzin na Rzecz Zdrowia Psychicznego „Zrozumieć i Pomóc”

Fundacja AKME

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

IMIĘ

NAZWISKO

PESEL

Ja, niżej podpisany/a deklaruję uczestnictwo w Projekcie „Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego DREWS w Poznaniu”, nr **RPWP.07.02.02-30-0118/19**, realizowanym przez **"DREWS" AGNIESZKA DREWS z siedzibą przy ul. Wojskowej 1, 60-792 Poznań, Stowarzyszenie Osób i Rodzin na Rzecz Zdrowia Psychicznego „Zrozumieć i Pomóc” oraz Fundacją AKME** 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 miasta Poznań (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

