



Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Załącznik nr 3 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „CUS II dla powiatu bełchatowskiego”

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Ja, niżej podpisany/a

.....
(imię i nazwisko Uczestnika)

.....
(adres zamieszkania Uczestnika)

1. Deklaruję chęć uczestnictwa w projekcie **CUS II dla powiatu bełchatowskiego**, realizowanym przez Stowarzyszenie Rodziców i Przyjaciół Osób Niepełnosprawnych „Przystań” w Bełchatowie w partnerstwie, współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, w ramach Programu Regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021 – 2027, w zadaniu*:
☐ Dzienny Dom Pobytu Przystań w Bełchatowie
☐ Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej Bełchatów
☐ Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania Żelów
☐ Klub Seniora w Zalesiu, gm. Żelów
2. Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności zgodnie z Rekrutacji i Uczestnictwa w projekcie CUS II dla powiatu bełchatowskiego uprawniające mnie do udziału w Projekcie.
3. Oświadczam, że nie korzystam z takiej samej formy wsparcia finansowanej ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
4. Zobowiązuję się do:
 - a. aktywnego uczestnictwa/korzystania ze wsparcia, usług społecznych, do których zostałem/łam zakwalifikowany/a, którego dotyczy dana usługa,
 - b. przestrzegania zasad Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa w projekcie CUS II dla powiatu bełchatowskiego oraz Regulaminu usługi, z której korzystam,
 - c. podpisywania w trakcie udziału we wsparciu, w ramach projektu list obecności, dzienników usług/zajęć, kart realizacji wsparcia i innych dokumentów wskazanych przez prowadzącego wsparcie, ankiet ewaluacyjnych i testów sprawdzających,
 - d. bieżącego, niezwłocznego informowania o wszelkich zmianach okoliczności faktycznych, mogących zakłócić mój dalszy udział w projekcie, np. zmiana miejsca zamieszkania, zmiana nazwiska, danych kontaktowych, itp. niezbędnych dla procesu monitoringu i ewaluacji;
 - e. poddania się czynnościom kontrolnym przez uprawnione podmioty w zakresie i miejscu obejmującym korzystanie z wybranych form wsparcia
 - f. w przypadku zaistnienia zmian w mojej sytuacji, tj. danych wskazanych w formularzu rekrutacyjnym lub rezygnacji z usług społecznych zobowiązuję się do pisemnego powiadomienia o tym fakcie listownie lub osobiście.



Realizator projektu:

Stowarzyszenie Rodziców i Przyjaciół Osób Niepełnosprawnych PRZYSTAŃ

ul. Żeromskiego 1, 97-400 Bełchatów tel. 516045260, e-mail: biuro@przystań.belchatow.pl

5. Oświadczam, że*:

- ☐ mam pełną zdolność do czynności prawnych,
☐ reprezentuję jako rodzic/ opiekun prawny/faktyczny/ustawowy osobę niepełnoletnią/ częściowo lub całkowicie ubezwłasnowolnioną:

.....
(imię i nazwisko opiekuna faktycznego/ustawowego/prawnego)

9. Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody** na udział mój / mojego podopiecznego** w wycieczkach, wyjściach i zajęciach zewnętrznych organizowanych w projekcie. Jednocześnie zobowiązuję się do zapewnienia jego bezpieczeństwa w drodze pomiędzy miejscem zbiórki i rozwiązaniem wycieczki a domem.
10. Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody** na nieodpłatne wykorzystanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku (fotografii lub filmów wykonanych podczas działań związanych z realizacją projektu), bez konieczności każdorazowego ich zatwierdzania. Wizerunek będzie przetwarzany wyłącznie w celu udokumentowania i promocji udzielonego wsparcia i usług. Stowarzyszenie Rodziców i Przyjaciół Osób Niepełnosprawnych „Przystań” może przenieść na inne podmioty prawo do wykorzystywania wizerunku bez mojej zgody na taką czynność.
11. Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz. U. z 2020 r. poz. 1444 z późn. zm. za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, oświadczam, że dane przedstawione w Deklaracji Uczestnictwa w Projekcie odpowiadają stanowi faktycznemu i są zgodne z prawdą.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis uczestnika projektu) ***

*) zaznacz właściwe

**) niepotrzebne skreślić

***) w przypadku gdy uczestnikiem Projektu jest osoba pozostająca pod opieką opiekuna prawnego lub przedstawiciela ustawowego oświadczenie powinno zostać podpisane przez uprawnioną osobę. Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności zgodnie z Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie pn. „Przepis na Wsparcie – usługi społeczne dla niesamodzielnych mieszkańców powiatu zgierskiego” uprawniające mnie do udziału w Projekcie