



Fundusze Europejskie
dla Pomorza

Dofinansowane przez
Unię Europejską



URZĄD MARSZAŁKOWSKI
WOJEWÓDZTWA POMORSKIEGO

DEKLARACJA UDZIAŁU W PROJEKCIE

w ramach projektu „Utworzenie mieszkania wspomaganego w Gminie Chojnice”

Numer projektu: FEPM.05.17-IZ.00-0003/25

I. DANE UCZESTNIKA / UCZESTNICZKI PROJEKTU:

Imię (imiona) i nazwisko:

Numer PESEL:

Adres zamieszkania:

Telefon kontaktowy / e-mail:

II. TREŚĆ DEKLARACJI I OŚWIADCZEŃ:

Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że wyrażam chęć uczestnictwa w projekcie pt. „Utworzenie mieszkania wspomaganego w Gminie Chojnice”, realizowanym przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Chojnicach.

Świadomy/a warunków i zasad rekrutacji oraz uczestnictwa określonych w Regulaminie rekrutacji, oświadczam i zobowiązuję się do:

Spełniania kryteriów kwalifikowalności: Potwierdzam, że zamieszkuję na terenie Gminy Chojnice (w rozumieniu Kodeksu Cywilnego), posiadam aktualne orzeczenie o umiarkowanym lub znacznym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenie równoważne) oraz jestem osobą, która nie wymaga opieki całodobowej.

Przekazania danych osobowych: Zobowiązuję się do podania wszystkich niezbędnych danych osobowych (w tym danych wrażliwych dotyczących mojego stanu zdrowia/niepełnosprawności) w zakresie wymaganym do monitorowania wskaźników kluczowych oraz przeprowadzenia ewaluacji projektu w systemie teleinformatycznym CST2021 (aplikacja SM EFS).

Przekazania danych po zakończeniu udziału: Zobowiązuję się do dostarczenia Beneficjentowi (GOPS Chojnice) informacji na temat mojej sytuacji po opuszczeniu w okresie do 4 tygodni od zakończenia mojego udziału w projekcie.

Udziału w badaniach ewaluacyjnych: Zobowiązuję się do wzięcia udziału w ewentualnych badaniach ewaluacyjnych (ankietach, wywiadach) prowadzonych przez Instytucję



Fundusze Europejskie
dla Pomorza

Dofinansowane przez
Unię Europejską



URZĄD MARSZAŁKOWSKI
WOJEWÓDZTWA POMORSKIEGO

Zarządzającą FEP 2021-2027 lub podmioty przez nią upoważnione w trakcie realizacji projektu oraz po jego zakończeniu.

Aktywnej współpracy: Deklaruję pełną gotowość do współpracy z zespołem specjalistów (w tym opiekunami, fizjoterapeutą, dietetykiem, psychologiem i pracownikiem socjalnym) oraz do aktywnego realizowania założeń mojego Indywidualnego Planu Wsparcia (IPW).

Zgłaszania zmian danych: Zobowiązuję się do niezwłocznego (w terminie do 7 dni) informowania pracowników Biura Projektu o każdej zmianie moich danych osobowych, adresowych oraz statusu na rynku pracy pod rygorem wykluczenia z udziału w projekcie.

Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia (art. 233 § 1 Kodeksu Karnego).

.....

(Miejscowość i data)

.....

(Czytelny podpis Kandydata/teki lub Opiekuna prawnego - w przypadku osób nieposiadających pełnej zdolności do czynności prawnych)