Załącznik nr 3. *Deklaracja uczestnictwa do* Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie   
pn.  *„Pomocna Dłoń - usługi zdrowotne i społeczne skierowane do mieszkańców   
Łódzkiego Obszaru Metropolitalnego”*

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

**Pn. „Pomocna Dłoń - usługi zdrowotne i społeczne skierowane do mieszkańców   
Łódzkiego Obszaru Metropolitalnego”**

Ja, niżej podpisany(a) …………………………………………………………………………………

*(imię i nazwisko)*

PESEL: ………………………………………………………………………………………………….

*(nr PESEL)*

deklaruję udział w projekcie pn.  *„Pomocna Dłoń - usługi zdrowotne i społeczne skierowane do mieszkańców Łódzkiego Obszaru Metropolitalnego”* realizowanym przez Fundacje 4Future w partnerstwie z HRP Care Sp. z o.o. oraz Fundacją Gajusz w ramach 9 Osi Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020– Poddziałanie 9.2.1 Usługi społeczne i zdrowotne – ZIT . Wsparcie projektów z zakresu długoterminowej opieki domowej.

Oświadczam równocześnie, że:

1. Spełniam kryteria kwalifikowalności, zgodnie z *Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie pn. „Pomocna Dłoń - usługi zdrowotne i społeczne skierowane do mieszkańców Łódzkiego Obszaru Metropolitalnego”*, uprawniające mnie do udziału w Projekcie,
2. Zapoznałam/zapoznałem się z *Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie pn. „*.  *„Pomocna Dłoń - usługi zdrowotne i społeczne skierowane do mieszkańców Łódzkiego Obszaru Metropolitalnego”* oraz zobowiązuję się do jego przestrzegania.
3. Zastałam/zostałem poinformowana/ny, iż projekt *„Pomocna Dłoń - usługi zdrowotne i społeczne skierowane do mieszkańców Łódzkiego Obszaru Metropolitalnego”* jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
4. Przedstawione przeze mnie w *Ankieta zawierająca dane uczestników indywidualnych projektu* dane są prawdziwe i odpowiadają stanowi faktycznemu na dzień podpisania niniejszej deklaracji. Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności jaka ponoszę w przypadku podania nieprawdziwych danych.
5. Wyrażam zgodę na poddanie się badaniom ewaluacyjnym w trakcie realizacji projektu oraz po jego zakończeniu.
6. Nie korzystam z takiej samej formy wsparcia finansowanej ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
7. Nie jestem objęty/a wsparciem w ramach świadczenia pielęgnacyjnego i opiekuńczego w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia.

………………………………………………… ……… ………………………………………

*(miejscowość, data) (czytelny podpis uczestnika projektu)*