



Załącznik nr 4 do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie pn. „**Pomocna dłoń - usługi zdrowotne dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu z powiatu bełchatowskiego**”.

### **Deklaracja uczestnictwa w projekcie**

Ja niżej podpisany (a) .....

PESEL:.....

Deklaruje chęć udział w projekcie pn. „**Pomocna dłoń - usługi zdrowotne dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu z powiatu bełchatowskiego**” realizowanego przez Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II w Bełchatowie w partnerstwie z Fundacją 4Future dofinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027.

|    |  |
|----|--|
| 1. | Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności zgodnie z Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie pn. „Pomocna dłoń - usługi zdrowotne dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu z powiatu bełchatowskiego” uprawniające mnie do udziału w Projekcie.                                       |
| 2. | Zostałem/am poinformowany/a, iż projekt „Pomocna dłoń - usługi zdrowotne dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu z powiatu bełchatowskiego” jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027. |
| 3. | Przedstawione przeze mnie w Formularzu zgłoszeniowym dane są prawdziwe i odpowiadają stanowi faktycznemu na dzień podpisania niniejszej deklaracji. Jestem świadomy/a odpowiedzialności jaką ponoszę w przypadku podania nieprawdziwych danych.  |
| 4. | Zapoznałem/am się z Klauzulą Informacyjną o przetwarzaniu danych do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie „Pomocna dłoń - usługi zdrowotne dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu z powiatu bełchatowskiego” na potrzeby realizacji projektu   |



|    |  |
|----|--|
|    | i wzięcia w nim udziału, jak również w związku z koniecznością realizacji umowy.   |
| 6. | Wyrażam zgodę na poddanie się badaniom ewaluacyjnym w trakcie realizacji projektu oraz po jego zakończeniu.  |
| 7. | Nie korzystam z takiej samej formy wsparcia finansowanej ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.  |
| 8. | Deklaruję chęć przekazania informacji dotyczących mojej sytuacji po zakończeniu udziału w projekcie (do 4 tygodni od zakończenia udziału), zgodnie z zakresem danych określonych w Wytocznych dotyczących monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów na lata 2021-2027. |

.....

Miejscowość, data

.....

czytelny podpis

Uczestnik/czki/Opiekuna faktycznego