



Fundusze Europejskie
dla Małopolski



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



MAŁOPOLSKA

Załącznik nr 1
Do Regulaminu zapewnienia opieki

WNIOSEK O ZAPEWNIENIE OPIEKI NAD OSOBĄ ZALEŻNĄ
w ramach projektu pn. „Program Rehabilitacja 2025-2027”
współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Puls
w ramach programu Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027
Priorytet 6 Fundusze Europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego
Działanie 6.8 Programy Zdrowotne
Typ Projektu A: Profilaktyka i rehabilitacja osób z dysfunkcjami narządu ruchu
utrudniającymi wykonywanie pracy zawodowej
Nr projektu FEMP.06.08-IP.02-0457/24

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y
(Imię i nazwisko)

legitymująca/y się dowodem osobistym nr

Wydany przez.....

numer PESEL

zamieszkała/y w

oświadczam, że jestem stroną Umowy o uczestnictwo i uczestniczę w Projekcie pod nazwą „Program Rehabilitacja 2025-2027” zaś brak możliwości zapewnienia opieki nad osobą potrzebującą wsparcia lub dzieckiem/dziećmi, którą/którym/którymi się opiekuję w czasie korzystania ze wsparcia w ramach Projektu stanowi dla mnie barierę przystąpienia do projektu.

W związku z moim udziałem w okresie od do
w projekcie pod tytułem „Program Rehabilitacja 2025-2027” zgodnie
z obowiązującym mnie planem wizyt, wnoszę o:

- zapewnienie opieki nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, którą się opiekuję tj.

moją
(stopień pokrewieństwa, imię i nazwisko)

zamieszkałą pod adresem.:

poprzez zatrudnienie przez CMP opiekuna do okazjonalnej opieki nad tą osobą

w czasie korzystania przeze mnie z usługi zdrowotnej i edukacyjnej oraz czas niezbędny na dotarcie przeze mnie do miejsca wykonywania ww. usług w Krakowie przy ul. Bolesława Komorowskiego 12 i z powrotem do miejsca wykonywania opieki nad osobą zależną, pod wskazanym powyżej adresem, w dniach i godzinach zgodnych z obowiązującym mnie w ramach uczestnictwa w Projekcie planem wizyt; przy czym oświadczam, iż łączny czas niezbędny na dojazd do miejsca świadczenia usług zdrowotnych i edukacyjnych z miejsca zamieszkania osoby,

którą się opiekuje i z powrotem wynosi ok. minut.

- zapewnienie opieki nad dzieckiem/dziećmi, którymi się opiekuje

tj. moją córką/ synem

poprzez zawarcie umowy z placówką opiekuńczą, gdzie jako Uczestnik projektu, będę mógł pozostawić dziecko w czasie korzystania przeze mnie z usługi zdrowotnej i edukacyjnej oraz na czas niezbędny na dotarcie przeze mnie do miejsca wykonywania ww. usług w Krakowie przy ul. Bolesława Komorowskiego 12 i z powrotem do wyżej wymienionej placówki opiekuńczej, w dniach i godzinach zgodnych z obowiązującym mnie w ramach uczestnictwa w Projekcie planem wizyt; przy czym oświadczam, iż wiadomym mi jest, że:

– łączny czas niezbędny na dotarcie do miejsca świadczenia usług zdrowotnych i edukacyjnych z wskazanej powyżej placówki i z powrotem wynosi ok. 60 minut,

– w przypadku nieodebrania dziecka/dzieci w ustalonym terminie placówka opiekuńcza wymieniona powyżej może podjąć działania zgodnie z Regulaminem placówki a CMP może mnie zobowiązać do zwrotu kosztów z tym związanych.

Wyrażam zgodę na przekazanie danych moich i osób zależnych/dzieci zawartych we wniosku osobom/instytucjom realizującym wsparcie w postaci zapewnienia opieki.

.....
(Data i podpis uczestnika Projektu)