



Załącznik nr 3 do Regulaminu rekrutacji w projekcie „Program usług zdrowotnych i społecznych świadczonych w lokalnej społeczności miasta Poznania i gminy Czerwonak dla niesamodzielnych osób starszych”. RPWP.07.02.02-30-0031/18.

Oświadczenie o braku wyłączenia z możliwości korzystania z usług Dziennego Domu Opieki Medycznej oraz oświadczenie o posiadaniu prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Ja, (imię nazwisko).....
Deklaruję chęć przystąpienia do Projektu „**Program usług zdrowotnych i społecznych świadczonych w lokalnej społeczności miasta Poznania i gminy Czerwonak dla niesamodzielnych osób starszych**”. RPWP.07.02.02-30-0031/18” i tym samym składam następujące oświadczenia:

1. Oświadczam, iż nie jestem wyłączony z możliwości otrzymania wsparcia w DDOM tj. nie korzystam ze świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, opieki paliatywnej, i hospicyjnej oraz rehabilitacji leczniczej, w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego oraz w warunkach stacjonarnych, a także podstawowym wskazaniem do objęcia mnie opieką w ramach DDOM nie jest zaawansowana choroba psychiczna lub uzależnienia,
2. Oświadczam, iż posiadam prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008r. Nr 164, poz. 1027, z późn.zm.).

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis pacjenta)