



Załącznik nr 6 do Formularza Rekrutacyjnego

ZGODA I ZOBOWIĄZANIE RODZINY DO WSPÓŁPRACY W PRZYGOTOWANIU TRANSPORTU

Ja, niżej podpisany/podpisana:

Nazwisko:	
Imię (imiona):	

Rodzina / opiekun osoby niesamodzielnej:

Nazwisko osoby starającej się o udział w projekcie:	
Imię (imiona) osoby starającej się o udział w projekcie:	

W związku z jej/jego ubieganiem się o udział w projekcie nr **RPMA.09.02.02-14-d513/19**, pn. „**Dzienny Dom Opieki Medycznej w gminie Wieliszew**”, współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020, Oś priorytetowa IX Wspieranie wyłączenia społecznego i walka z ubóstwem, Działanie 9.2 Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej, Poddziałanie 9.2.2 Zwiększenie dostępności usług zdrowotnych, osoby niesamodzielnej, oraz potrzebą zapewnienia bezpłatnego transportu z miejsca zamieszkania (podanego w formularzu zgłoszeniowym) do Dziennego Domu Opieki Medycznej zlokalizowanego w Michałowie-Reginowie ul. Akacyjowa 2 oraz powrotu do miejsca zamieszkania, **wyrażam zgodę na transport i składam zobowiązanie do współpracy** z Realizatorem Projektu w przygotowaniu pacjenta do ww. transportu.

Tym samym oświadczam, że zostałem poinformowany, że bezpłatny transport pacjenta jest organizowany przez Realizatora Projektu wyłącznie w razie potrzeby, tj. w przypadku, gdy pacjent nie będzie mógł samodzielnie lub przy wsparciu rodziny/opiekunów dotrzeć do DDOM i wrócić do miejsca zamieszkania, np. ze względu na istotne dysfunkcje motoryczne narządów ruchu i/lub w przypadku osób samotnych bez możliwości pomocy ze strony opiekunów. Ponadto zostałem poinformowany, że transport pacjenta może być realizowany komunikacją publiczną na koszt Realizatora projektu.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis rodziny/ opiekuna, osoby starającej się o uczestnictwo w projekcie