

**Załącznik nr 4**

**do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa projekcie**

|  |
| --- |
| **DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**  „Usługi opiekuńcze na terenie Gminy Łodygowice”, nr FESL.07.04-IZ.01-0588/23 realizowany w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus  w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021 - 2027 |

**Ja, niżej podpisana/y**

………………………………………………………………………………………………….

[imię i nazwisko]

deklaruję swoje uczestnictwo w projekcie ”Usługi opiekuńcze na terenie Gminy Łodygowice" w okresie: od daty rozpoczęcia udziału w projekcie (data objęcia pierwszym wsparciem w ramach projektu), do chwili zakończenia udziału w projekcie (data udzielenia ostatniego wsparcia w ramach projektu), zgodnie z załączonym formularzem zgłoszenia udziału w projekcie.

Projekt realizowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027 współfinasowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Priorytet 7 Fundusze Europejskie dla społeczeństwa, Działanie 7.4 usługi społeczne

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***KRYTERIA REKRUTACJI:***  ***OŚWIADCZAM, IŻ SPEŁNIAM PONIŻSZE WARUNKI KWALIFIKUJĄCE DO UDZIAŁU W PROJEKCIE:*** | **Zaznaczyć X w wybranym miejscu** |
|  | **Kryteria obligatoryjne rekrutacji:** |  |
| **1** | Osoba dorosła, tj. pełnoletnia w rozumieniu Ustawy z dnia  23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny | [ ] TAK [ ] NIE |
| **2** | Osoba mieszkająca, ucząca się lub pracująca w rozumieniu Ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny na obszarze objętym działaniami Projektu – na terenie Gminy Łodygowice | [ ] TAK [ ] NIE |
| **3** | Osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (z powodu wieku, stanu zdrowia, niepełnosprawności) | [ ] TAK [ ] NIE |
|  | **Kryteria premiujące rekrutacji:** |  |
|  | osoba lub rodzina zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczające wielokrotnego wykluczenia społecznego | [ ] TAK [ ] NIE |
|  | Osoba w niekorzystnej sytuacji - Osoba z niepełnosprawnością | [ ] TAK [ ] NIE |
| 3 | Osoba w niekorzystnej sytuacji - osoba lub rodzina osoby korzysta z Funduszy Europejskich Pomoc Żywieniowa[[1]](#footnote-1) | [ ] TAK [ ] NIE |
| 4 | Osoba w niekorzystnej sytuacji – osoba zamieszkująca samotnie | [ ] TAK [ ] NIE |

Składając formularz zgłoszeniowy udziału w projekcie „Usługi opiekuńcze na terenie Gminy Łodygowice” nr FESL.07.04-IZ.01-0588/23, który jest realizowany w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021 – 2027, współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, **deklaruję chęć udziału   
w poniżej wymienionych formach wsparcia:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| ***Lp.*** | ***DEKLARACJA FORM WSPARCIA*** | **Zaznaczyć X w wybranym miejscu** |
|  | **Kompleksowe usługi opiekuńcze** | **[ ] TAK [ ] NIE** |
| 1.a | świadczenie usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania | [ ] TAK [ ] NIE |
| 1.b | wyżywienie w formie obiadu dwudaniowego | [ ] TAK [ ] NIE |
| 1.c | usługi kosmetyczne/fryzjerskie | [ ] TAK [ ] NIE |
| 1.d | porady psychologiczne | [ ] TAK [ ] NIE |

………………………. …………………………….

data podpis Uczestnika

1. Kryterium obowiązuje osoby lub rodziny korzystające z FE PŻ - pod warunkiem   
   ze zakres wsparcia dla tych osób lub rodzin nie będzie powielał działań, które dana osoba lub rodzina otrzymała lub otrzymuje z FE PŻ w ramach działań towarzyszących, o których mowa w FE PŻ [↑](#footnote-ref-1)