

Załącznik nr 4 do Regulaminu rekrutacji

**OŚWIADCZENIE O BRAKU WYŁĄCZENIA Z MOŻLIWOŚCI KORZYSTANIA z projektu pn.
„WBREW NIESAMODZIELNOŚCI!- kompleksowe wsparcie zdrowotne osób w strukturach
DDOM”**

**OŚWIADCZENIE O POSIADANIU PRAWA DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ
FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH**

Ja (Imię i nazwisko).....

PESEL

deklaruję chęć przystąpienia do projektu „**WBREW NIESAMODZIELNOŚCI!- kompleksowe wsparcie zdrowotne osób w strukturach DDOM”** i składam następujące oświadczenia:

1. Oświadczam, że:

a) 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,

b) nie korzystam ze świadczeń zdrowotnych związanych z zaawansowaną chorobą psychiczną lub leczeniem uzależnień.

2. Oświadczam, że posiadam prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm.)

.....
data , miejscowość

.....
czytelny podpis pacjenta