

## DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

### WYPEŁNIA Beneficjent Ostateczny:

Ja niżej podpisany/a .....

Numer PESEL .....

Zamieszkała/y .....

1. Deklaruję chęć udziału w projekcie „Zaprogramowani na pomaganie 2” współfinansowanym przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, Oś priorytetowa IX „Włączenie społeczne” Działanie IX.2 „Usługi na rzecz osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym”, Poddziałanie IX.2.1 „Usługi społeczne i zdrowotne” i zobowiązuję się do uczestnictwa w nim w okresie jego trwania tj. 01.04.2019 r. – 31.03.2021 r.
2. Zobowiązuję się do brania udziału w zaproponowanej dla mnie formie wsparcia w ramach projektu i potwierdzania tego faktu na liście obecności. Ponadto, w przypadku choroby zobowiązuję się usprawiedliwić swoją nieobecność.
3. Zobowiązuję się również udzielić niezbędnych informacji o osiągniętych rezultatach (np. podjęcie zatrudnienia, nauki, zmiany danych teleadresowych itp.) na każdym etapie realizacji projektu oraz po jego zakończeniu.

### Oświadczam, że:

- I. zapoznałem/am się z regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie,
- II. spełniam poniższe wymogi projektowe:
  - posiadam orzeczenie o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności lub równoważne
  - zamieszkuję/uczę się/pracuję\* na terenie woj. łódzkiego (powiatu m. Łódź, łódzkiego – wschodniego, zgierskiego)\*
  - mam zdiagnozowane stwardnienie rozsiane - potwierdzone oświadczeniem lub zaświadczeniem od lekarza i/lub kartą informacyjną ze szpitala;
- III. zostałem/em pouczone/a/y o odpowiedzialności wynikającej z przepisów prawa za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, przestępstwo z art. 271 Kodeksu Karnego
- IV. zostałem/em poinformowany o współfinansowaniu projektu „Zaprogramowani na pomaganie 2” przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020
- V. nie korzystam z podobnych form wsparcia w identycznym zakresie w ramach innych projektów współfinansowanych przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis uczestnika projektu

.....  
(Czytelny podpis opiekuna prawnego  
/przedstawiciela ustawowego\*\*)

\* zaznaczyć właściwe

\*\* dotyczy osób ubezwłasnowolnionych