

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W DZIENNYM DOMU POMOCY

Ja niżej podpisany/a (imię i nazwisko):

.....

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

deklaruję chęć uczestnictwa we wszystkich zaproponowanych mi formach wsparcia w ramach: „Dziennego Domu Pomocy” realizowanego przez ŚLĄSKIE STOWARZYSZENIE CHORYCH NA SM SEZAM.

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem/łam się z Regulaminem Uczestnictwa w „Dziennym Domu Pomocy” akceptuję jego postanowienia i zobowiązuję się do ich przestrzegania.
2. Zostałem/-am poinformowany/-a, że „Dzienny Dom Pomocy” jest współfinansowany ze środków Śląskiego Stowarzyszenia Chorych na SM Sezam.
3. Zostałem / -am poinformowany/-a o konieczności uiszczenia opłaty za uczestnictwo w DDP do 10 dnia bieżącego miesiąca.
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu przez. w celach rekrutacji do projektu i realizacji zaplanowanych działań. Upředzona/ny o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że wszystkie informacje podane w formularzu zgłoszeniowym oraz innych oświadczeniach i dokumentach stanowiących integralną część dokumentacji aplikacyjnej odpowiadają stanowi faktycznemu i są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
5. Moje dochody nie przekraczają 150% właściwego kryterium dochodowego na osobę o którym mowa w ustawie z dnia 12.03.2004 o pomocy społecznej:

Tak

Nie

.....

MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....

CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA