



**OŚWIADCZENIE O BRAKU WYŁĄCZENIA Z MOŻLIWOŚCI KORZYSTANIA Z USŁUG
DZIENNEGO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ**

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

OŚWIADCZENIE O PODDANIU SIĘ BADANIOM EWALUACYJNYM

Ja (Imię i nazwisko).....

PESEL

deklaruję chęć przystąpienia do projektu „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 jestem uzależniony od alkoholu i narkotyków oraz nie korzystam ze świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej.
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 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).
3. Oświadczam, że wyrażam zgodę na poddanie się badaniom ewaluacyjnym jako uczestnik projektu oraz zobowiązuję się do udzielania odpowiedzi na pytania ankietera po zakończeniu udziału w projekcie oraz na badanie mające na celu określenie realizacji wskaźników zawartych w projekcie.

.....
data , miejscowość

.....
czytelny podpis pacjenta