

Załącznik nr III do regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Dzienny Dom Opieki Medycznej dla mieszkańców Poznania” – oświadczenie o braku wyłączenia z możliwości korzystania z usług Dziennego Domu Opieki Medycznej oraz oświadczenie o posiadaniu prawa do świadczeń zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Oświadczenie o braku wyłączenia z możliwości korzystania z usług Dziennego Domu Opieki Medycznej oraz oświadczenie o posiadaniu prawa do świadczeń zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Ja *(imię i nazwisko)*

Deklaruję chęć przystąpienia do Projektu „Dzienny Dom Opieki Medycznej dla mieszkańców Poznania” i tym samym składam następujące oświadczenia:

- 1) Oświadczam, iż nie jestem wyłączonej z możliwości otrzymania wsparcia w DDOM tj. 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, a także podstawowym wskazaniem do objęcia mnie opieką w ramach DDOM nie jest zaawansowana choroba psychiczna lub uzależnienia,
- 2) Oświadczam, iż posiadam prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008r. Nr 164, poz. 1027, z późn.zm.).

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis pacjenta

POZnań*

Projekt „DZIENNY DOM OPIEKI MEDYCZNEJ DLA MIESZKAŃCÓW POZNANIA - 2023” jest finansowany ze środków budżetowych Miasta Poznania



FLANDRIA
Stowarzyszenie
Wzajemnej Pomocy