



Fundusze Europejskie  
dla Łódzkiego

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



Załącznik nr 2 do Regulaminu

## OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA/CZKI PROGRAMU

Imię i nazwisko Uczestnika/czki: .....

PESEL: .....

Oświadczam, że w Projekcie pn. „**Rehabilitacja narządów ruchu w Zduńskowolskim Szpitalu Powiatowym Sp. z o.o.**” realizującym „Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób narządu ruchu” nie korzystałam/em w ciągu ostatnich 6 miesięcy, nie korzystam, jak również w trakcie korzystania z zabiegów rehabilitacyjnych nie będę korzystał ze świadczeń rehabilitacji leczniczej dotyczących tych samych zabiegów i zleconych z powodu tego samego rozpoznania, finansowanych z innych środków publicznych, w tym:

- NFZ (lub płatnika będącego kontynuatorem prawnym NFZ),
- Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS),
- Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS),
- Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON),
- Europejskiego Funduszu Społecznego i budżetu państwa w innym projekcie dotyczącym rehabilitacji chorób układu kostno-stawowego i mięśniowego realizowanym w ramach:
  - „Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego” lub
  - „Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób grzbietu i kręgosłupa, do których predysponuje lub nasila objawy siedzący charakter pracy” lub
  - „Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób narządu ruchu”,
- budżetu jednostek samorządu terytorialnego z terenu województwa łódzkiego w innym programie polityki zdrowotnej (samorząd województwa, samorządy powiatowe, w tym miasta na prawach powiatu, samorządy gminne).



Jednocześnie oświadczam, że:

- wyrażam zgodę na weryfikację przez ZUS mojego oświadczenia dotyczącego spełnienia ww. kryterium kwalifikowalności – zgodnie z Załącznikiem nr 4 do Regulaminu Projektu;
- przedkładałam zaświadczenie z NFZ potwierdzające spełnienie ww. kryterium kwalifikowalności lub – w przypadku braku takiego zaświadczenia – wyrażam zgodę na weryfikację spełnienia tego kryterium poprzez wgląd do danych medycznych dostępnych w moim Internetowym Koncie Pacjenta (IKP) przez przedstawiciela/kę Beneficjenta – zgodnie z Załącznikiem nr 5 do Regulaminu Projektu;
- jeśli podlegam ubezpieczeniu w KRUS – przedkładałam zaświadczenie z KRUS potwierdzające spełnienie ww. kryterium kwalifikowalności;
- jeśli posiadam status osoby z niepełnosprawnością – przedkładałam zaświadczenie z PFRON potwierdzające spełnienie ww. kryterium kwalifikowalności.

**Jednocześnie oświadczam, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia oraz przyjmuję do wiadomości możliwość obciążenia mnie kosztami udzielonego wsparcia w ramach Projektu, w przypadku, gdy – na skutek podania przeze mnie nieprawdziwych informacji – zostaną one uznane za niekwalifikowalne.**

.....  
*data i podpis*  
*Uczestnika/czki*