*Załącznik nr 1 do Wniosku Zgłoszeniowego do korzystania z usług społecznych oferowanych w Programie Usług Społecznych w Gminie Tryńcza w ramach projektu pn.: Centrum Usług Społecznych w Gminie Tryńcza współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020*

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA**

Ja, niżej podpisana/y,

……………………………………………………………………...…………………………...

(imię i nazwisko uczestnika projektu)

zamieszkała/y…………………………………………………………………………….……

.………………………………………………………………………………………………….

(adres zamieszkania: miejscowość, numer domu/ mieszkania, kod pocztowy)

Telefon kontaktowy: ………………………………………………..

Numer PESEL: ……………………………………………………..

1. Dobrowolnie deklaruję udział w usługach zaplanowanych w Indywidualnym Planie Usług Społecznych.
2. Zobowiązuję się do powiadomienia Beneficjenta z odpowiednim wyprzedzeniem o konieczności zrezygnowania z korzystania z usług społecznych w ramach Programu Usług Społecznych w Gminie Tryńcza.
3. Zostałam/em poinformowana/y, iż uczestniczę w projekcie współfinansowanym przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
4. Oświadczam, iż podane wyżej dane są zgodne z prawdą i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych danych zgodnie z art. 233 § 1 Kodeksu karnego.
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wyłącznie do monitoringu i ewaluacji w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020.
6. Oświadczam, iż spełniam warunki kwalifikujące mnie do udziału (zaznaczyć właściwe):

* osoba zamieszkująca na terenie gminy Tryńcza,
* osoba w wieku powyżej 60 r.ż,
* osoba posiadająca umiarkowany lub znaczny stopień niepełnosprawności,
* osoba wymagająca opieki innych osób,
* członkowie rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad: dziećmi z orzeczeniem o niepełnosprawności, osobami z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności oraz orzeczeniami równoważnymi, zamieszkujący na terenie gminy Tryńcza,
* osoba nieaktywna zawodowo,
* dzieci i młodzież w wieku od 6 do 18 lat zamieszkałe na terenie gminy Tryńcza,
* rodzice dzieci i młodzieży w wieku od 6 do 18 lat zamieszkujący na terenie gminy Tryńcza,

…………………………………….. ………………….……………..…

miejscowość, data czytelny podpis uczestnika lub

rodzica/opiekuna prawnego