Załącznik nr 3 do REGULAMIN DZIAŁANIA I REKRUTACJI DZIENNEGO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ W OSTROWI MAZOWIECKIEJ przy NZOZ „AKACJA” (DDOM Akacja) w ramach realizacji projektu „Wsparcie osób niesamodzielnych w ramach Dziennego Domu Opieki Medycznej”

**Oświadczenie dotyczące transportu do DDOM „Akacja”**

*W związku z przystąpieniem do projektu pn.* ***„Wsparcie osób niesamodzielnych w ramach Dziennego Domu Opieki Medycznej”*** *współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Osi priorytetowej IX Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem Działania 9.2 Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej Poddziałania 9.2.2 Zwiększenie dostępności usług zdrowotnych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020 (Umowa nr RPMA.09.02.02-14-d518/19)*

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

Imię i nazwisko pacjenta

Oświadczam, że[[1]](#footnote-1)

Będę samodzielnie docierał do DDOM „Akacja” w Ostrowi Mazowieckiej z miejsca zamieszkania i z powrotem do miejsca zamieszkania.

Nie jestem w stanie samodzielnie dotrzeć do DDOM „Akacja”

Oświadczenie o istotnej dysfunkcji[[2]](#footnote-2) ……………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………

Zobowiązanie członka rodziny/opiekuna2

Wyrażam zgodę na transport Pacjenta do DDOM „Akacja” oraz zobowiązuję się do przygotowania Pacjenta DDOM do transportu z miejsca zamieszkania do DDOM „Akacja” i z powrotem do miejsca zamieszkania.

……………….………………………….

podpis członka rodziny/ opiekuna

Oświadczam, że zostałem poinformowany, iż bezpłatny transport jest organizowany przez DDOM Akacja dla pacjentów z istotną dysfunkcją motoryczną ocenianą przez Kierownika Zespołu Terapeutycznego (WZT),

……………….………………………….

podpis pacjenta

data, miejscowość …………………………………

1. Właściwe zaznaczyć. [↑](#footnote-ref-1)
2. Wypełnić w przypadku konieczności transportu Pacjenta do DDOM [↑](#footnote-ref-2)