



ZGODA I ZOBOWIĄZANIE RODZINY DO WSPÓŁPRACY W PRZYGOTOWANIU TRANSPORTU

Ja, niżej podpisany/a:

Nazwisko członka rodziny/opiekuna:	
Imię (imiona) członka rodziny/opiekuna:	
rodzina/opiekun osoby niesamodzielnej:	
Nazwisko osoby starającej się o udział w projekcie:	
Imię (imiona) osoby starającej się o udział w projekcie:	

W związku z jej/jego ubieganiem się o udział w projekcie nr **RPMA.09.02.02-14-b409/18** pn. „DDOM w Chyliczkach, jako alternatywna forma opieki nad osobami zależnymi”, realizowanym w ramach 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 oraz potrzebą zapewnienia bezpłatnego transportu z miejsca zamieszkania (podanego w formularzu zgłoszeniowym) do DDOM w Chyliczkach i powrót do miejsca zamieszkania, **wyrażam zgodę na transport i składam zobowiązanie do współpracy** z Realizatorem Projektu w przygotowaniu pacjenta do ww. transportu.

Tym samym oświadczam, że zostałem poinformowany, że bezpłatny transport pacjenta jest organizowany przez Realizatora Projektu wyłącznie w razie potrzeby, tj. w przypadku, gdy pacjent nie będzie mógł samodzielnie lub przy wsparciu rodziny/opiekunów dotrzeć do DDOM i wrócić do miejsca zamieszkania, np. ze względu na istotne dysfunkcje motoryczne narządów ruchu i/lub w przypadku osób samotnych bez możliwości pomocy ze strony opiekunów. Ponadto zostałem poinformowany, że transport pacjenta może być realizowany komunikacją publiczną na koszt Realizatora projektu.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis członka rodziny/opiekuna