Oświadczenie uczestnika Programu[1]

Uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego – „kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8", oświadczam, że:

zgłaszając się do udziału w projekcie w projekcie pn. **„Zadbaj o swój kręgosłup – Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców Gminy Rząśnia" nr FELD.08.04-IZ.00-0045/25** 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 korzystać 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).

……..

data i czytelny podpis

[1] Załącznik do oświadczenia: Zaświadczenie NFZ lub wydruk z IKP lub weryfikacja w biurze projektu przy udziale pracownika Beneficjenta konta IKP

Zgodna na weryfikację danych w systemie IKP

Wyrażam zgodę na weryfikację przez pracownika Beneficjenta moich danych w systemie Internetowe Konto Pacjenta.

……..

data i podpis Kandydata/tki

Adnotacja z weryfikacji IKP

Oświadczam, iż dokonałam wspólnie z kandydatem weryfikacji danych zawartych w IKP pacjenta w zakresie nie korzystania w ciągu ostatnich 6 miesięcy z zabiegów rehabilitacyjnych i świadczeń rehabilitacji leczniczej dotyczących tych samych zabiegów i zleconych z powodu tego samego rozpoznania, finansowanych ze środków publicznych oraz oświadczam, iż kandydat:

KWALIFIKUJE SIĘ / NIE KWALIFIKUJE SIĘ[2] do programu.

……..

data i podpis Osoby dokującej weryfikacji

[2] Niepotrzebne skreślić