

Załącznik nr 3 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Dzienny Dom Opieki Medycznej w Nowym Dworze Mazowieckim ”

Oświadczenie o braku wyłączenia z możliwości korzystania z usług Dziennego Domu Opieki Medycznej oraz oświadczenie o posiadaniu prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych

Ja (imię i nazwisko)

deklaruję chęć przystąpienia do Projektu „Dzienny Dom opieki Medycznej w Nowym Dworze Mazowieckim” i tym samym składam następujące oświadczenia:

1. Oświadczam, iż nie jestem wyłączony z możliwości otrzymania wsparcia w DDOM tj. nie korzystam ze świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz rehabilitacji leczniczej, w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego oraz w warunkach stacjonarnych, a także podstawowym wskazaniem do objęcia mnie opieką w ramach DDOM nie jest zaawansowana choroba psychiczna lub uzależnienia.
2. Oświadczam, iż posiadam prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008r. Nr 164, poz. 1027, z późn.zm.).

.....
DATA

.....
CZYTELNY PODPIS PACJENTA