**Załącznik nr 2 do Regulaminu**

**DEKLARACJA WYBORU OPIEKUNA SĄSIEDZKIEGO**

**1. DANE OSOBOWE OPIEKUNA SĄSIEDZKIEGO:**

*(uzupełnia kandydat na uczestnika projektu)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię/imiona** |  |
| **Nazwisko** |  |
| **Płeć** | K □ M □ |
| **Miejscowość zamieszkania** |  |
| **Telefon** |  |
| **Adres e-mail** |  |

**2.Oświadczam, że osoba wyżej wymieniona :**

* mieszka w najbliższym sąsiedztwie Kandydata tzn. do 15 min. pieszo;
* jest osobą zaufaną, utrzymującą kontakt, na co dzień z Kandydatem;
* nie jest osobą spokrewnioną/spowinowaconą w linii prostej z Kandydatem;
* wyraziła swój udział w projekcie;

......................................................... ....................................................................

Miejscowość i data Czytelny podpis Kandydata

**Deklaracja uczestnictwa w projekcie\***

Ja, niżej podpisany/a

.......................................................................................................................................................

(imię i nazwisko Kandydata na Opiekuna Sąsiedzkiego)

Deklaruję udział w Projekcie „Pokonać samotność - rozwój usług społecznych   
z wykorzystaniem nowoczesnych technologii w Mieście Krośnie”, finansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach osi priorytetowej VIII. Integracja Społeczna, Działanie 8.3 Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020.

Mój udział w projekcie będzie obejmować pomoc sąsiedzką i wsparcie w/w Pani/Pana…………………………………………………………………..… w podstawowych czynnościach dnia codziennego, m.in. takich jak:

* bezpośrednia pomoc w miejscu zamieszkania związana z praniem, porządkowaniem, wspólna lektura;
* realizacja działań pomocowych poza domem osób starszych takich jak: wizyta  
  u lekarza, poczta, sprawy urzędowe, spacery, odwiedziny w szpitalu, pomoc przy robieniu zakupów;
* informowanie najbliższych lub odpowiednich służb o pilnych potrzebach czy pogorszeniu się stanu zdrowia.

Szczegóły dotyczące pomocy zostaną ustalone w kontrakcie trójstronnym, który deklaruję się podpisać.

.............................................. ................................................................................

Miejscowość i data Czytelny podpis Kandydata na Opiekuna Sąsiedzkiego

\*(uzupełnia Kandydat na Opiekuna Sąsiedzkiego)