



Programul: Incluziune și Demnitate Socială 2021-2027

Titlu: "Rețeaua APP - Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități"

Cod SMIS: 339736

Cod apel: PIDS/587/PIDS_P7/OP4

Beneficiar: Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități

ANEXA nr. 12

DECLARAȚIE CU PRIVIRE LA OPȚIUNEA PRIVIND FORMA DE ÎNGRIJIRE ȘI DISPONIBILITATEA

Subsemnatul/a _____, cu domiciliul _____ în localitatea _____, str. _____ nr. _____, bl. _____, sc. _____, et _____, ap _____, județul/sector _____, CNP _____, posesor/posesoare a CI seria _____ nr. _____, emis de _____ la data de _____, declar pe propria răspundere că:

1. Sunt de acord cu îngrijirea persoanei cu dizabilități identificate în cadrul procesului de potrivire și selectare, la următoarea locație (încercuiți răspunsul dorit):

☐ La domiciliul meu, cu acordul proprietarului și al celorlalți locatari din imobil, dacă este cazul; DA / NU

☐ La domiciliul/reședința persoanei cu dizabilități; (**a se vedea dacă există există disponibilitate pentru a se deplasa și în altă localitate pentru a asigura suport/asistență/îngrijire persoanelor cu dizabilități la domiciliul acestora*); DA / NU

☐ La sediul unui locuințe incluzive/comunitate asigurate de către DGASPC P; DA / NU

☐ La imobilul indicat de către persoana cu dizabilități, altul decât locațiile susmenționate; DA / NU

2. Sunt de acord cu prestarea activității de APP și în tură de noapte (interval 22.00-06.00), în funcție de nevoile persoanei cu dizabilități, după caz DA/NU,

pe perioada de implementare a proiectului "Rețeaua APP - Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități", Cod SMIS : 339736, precum și pe perioada de asigurare a sustenabilității proiectului.

Datele din prezenta declarație, sunt complete și corecte.

Declar că am luat la cunoștință de prevederile art. 326 din Codul Penal potrivit cărora falsul în declarații se pedepsește conform legii.

Data:

Nume și prenume:

Semnătura:

Notă: Prezenta declarație se va atașa la dosarul al domnului/doamnei _____ privind identificarea, selectarea și monitorizarea Grupului Țintă al APP din cadrul proiectului "Rețeaua APP-Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități", Cod SMIS: 339736".