

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
DO PROGRAMU „KORPUS WSPARCIA SENIORÓW” W GMINIE MIASTO USTKA
„TELEOPIEKA”**

DANE OSOBOWE KANDYDATA DO UCZESTNICTWA W PROGRAMIE			
Imię i nazwisko		Data urodzenia	
ADRES ZAMIESZKANIA			
Ulica		Numer domu/lokalu	
Miejscowość	USTKA	Kod pocztowy	76-270
Gmina	USTKA	Powiat	SŁUPSKI
Województwo	POMORSKIE		
Telefon kontaktowy		Adres e-mail	

ADRES DO KORESPONDENCJI <i>(należy wypełnić w przypadku, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania)</i>			
Ulica		Numer domu/lokalu	
Miejscowość		Kod pocztowy	

DANE OPIEKUNA PRAWNEGO – w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej			
Imię i nazwisko		Numer telefonu	

KRYTERIA PODSTAWOWE (OBOWIĄZKOWE)- przy właściwej odpowiedzi należy wstawić znak X	
<input type="checkbox"/> Mam lat 65 i więcej (ile.....)	
<input type="checkbox"/> Prowadzę samodzielne gospodarstwo domowe	
<input type="checkbox"/> Mieszkam z osobami bliskimi, które nie są w stanie zapewnić mi wystarczającego wsparcia z powodu.....	
Oświadczam, że jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu ze względu na:	<input type="checkbox"/> stan zdrowia
	<input type="checkbox"/> niepełnosprawność

KRYTERIA DODATKOWE – proszę przy właściwej odpowiedzi wstawić znak X i załączyć dokumenty potwier-
--

dzające

7 Jestem osobą ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności

Mam zdiagnozowane schorzenia przewlekłe:

7 kardiologiczne

7 neurologiczne

7 nowotworowe

7 cukrzycę

OŚWIADCZENIA OBOWIĄZKOWE

Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów związanych z prowadzeniem rekrutacji i uczestnictwa w Programie.

Przystąpienie do Programu jest równoznaczne z akceptacją Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Programie „Korpus Wsparcia Seniorów” W Gminie Miasto Ustka na rok 2023 (Teleopieka).

.....

Miejscowość i data

.....

Podpis Kandydata