**Załącznik nr 1**

****

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY** **DO PROGRAMU KORPUS WSPARCIA SENIORÓW MODUŁ II „TELEOPIEKA”**

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

|  |
| --- |
| **ADRES DO KORESPONDENCJI** *(należy wypełnić w przypadku, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania)* |
| **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** |
|  | Mam lat 65 i więcej (ile………..) |
|  | Prowadzę samodzielne gospodarstwo domowe |
|  | 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:** |  stan zdrowia |
|  niepełnosprawność |
| **Oświadczam, że mam trudności z samodzielnym wykonywaniem co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego (proszę zaznaczyć właściwe)**: |
|  Przygotowywanie i spożywanie posiłków |  Wchodzenie i schodzenie po schodach |
|  Utrzymywanie higieny osobistej |  Ubieranie się i rozbieranie |
|  Poruszanie się po domu |  Korzystanie z toalety /WC |
|  Przemieszczanie się poza domem |  |

|  |
| --- |
| **KRYTERIA DODATKOWE – proszę przy właściwej odpowiedzi wstawić znak X i załączyć dokumenty potwierdzające** |
|   | Jestem osobą ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności |
|   | Jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną (osoba u której stwierdzono występowanie co najmniej dwóch lub więcej niepełnosprawności) |
|   | Mam zdiagnozowane schorzenia przewlekłe: |
|  | kardiologiczne |
|  | neurologiczne |
|  | nowotworowe |
|  | 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” Moduł II (Teleopieka).**

|  |  |
| --- | --- |
| **………………………..……………………………………****Miejscowość i data** | **………………………..…………………………………….** **Podpis Kandydata** |

 |