**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** | |