FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

1. DANE KONTAKTOWE

|  |  |
| --- | --- |
| IMIĘ I NAZWISKO |  |
| DATA URODZENIA |  |
| ADRES ZAMIESZKANIA |  |
| TELEFON KONTAKTOWY |  |
| IMIĘ I NAZWISKO OSOBY DO KONTAKTU |  |
| TELEFON KONTAKTOWY DO CZŁONKA RODZINY |  |

1. INFORMACJE O KANDYDACIE
2. OSOBA SAMOTNA
3. TAK
4. NIE
5. JESTEM OSOBĄ

A)SAMODZIELNĄ

B) POTRZEBUJĄCĄ CZĘŚCIOWEJ OPIEKI I POMOCY PRZY CZYNNOŚCIACH DNIA CODZIENNEGO ……………………………………………………………………………………………………………………………………

( proszę wskazać jakich czynności dotyczy niesamodzielność)

1. NIESAMODZILNĄ

…………………………………………………………………………………………………………………………………

( proszę wskazać jakich czynności dotyczy niesamodzielność)

1. JESTEM OSOBĄ NIEPEŁNOSPRAWNĄ:
2. TAK
3. NIE
4. JESTEM OSOBĄ :
5. SAMOTNĄ
6. GOSPODARUJĄCĄ Z DRUGĄ OSOBĄ NIEPEŁNOSPRAWNĄ/ PRZEWLEKLE CHORĄ
7. PROWADZĄCĄ GOSPODARSTWO DOMOWE Z WIĘCEJ NIŻ JEDNĄ OSOBĄ
8. ZAMIESZKUJĄCĄ Z CZŁONKAMI RODZINY
9. OŚWIADCZAM, ŻE:
10. Zapoznałem się z Procedurami realizacji programu „ Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2022 realizowanego przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Słubicach i akceptuję jego warunki oraz zobowiązuję się do przestrzegania jego postanowień.
11. Dane zawarte w formularzu zgłoszeniowym są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.
12. Wyrażam zgodę na kontakt z pracownikiem socjalnym Ośrodka Pomocy Społecznej w Słubicach.

……………………………………………………………………………………………..

( miejscowość, data i czytelny podpis kandydata/ opiekuna prawnego)