**Załącznik nr 1**do Regulaminu
REKRUTACJI IUDZIAŁU W PROGRAMIE
OSŁONOWYM „KORPUS WSPARCIA SENIORÓW”
TELEOPIEKA NA ODLEGŁOŚĆ

**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. STATUS RODZINNY \* :
2. PROWADZĘ SAMODZIELNE GOSPODARSTWO DOMOWE
3. MIESZKAM Z OSOBAMI BLISKIMI, KTÓRE NIE SĄ W STANIE ZAPEWNIĆ MI WYSTARCZAJĄCEGO WSPOARCIA / WYSTARCZAJĄCEJ OPIEKI
W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU
4. ŻADNE Z POWYŻSZYCH
5. OŚWIADCZAM, ŻE:
6. Zapoznałem się z Procedurami realizacji Programu „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2024 akceptuję jego warunki oraz zobowiązuję się do przestrzegania jego postanowień.
7. Dane zawarte w formularzu zgłoszeniowym są zgodne ze stanem prawnym
i faktycznym.
8. Wyrażam zgodę na kontakt z pracownikiem socjalnym Ośrodka Pomocy Społecznej w Słubicach.

……………………………………………………………………………………………..

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

\* proszę zaznaczyć właściwe