

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

I. DANE KONTAKTOWE

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

II. INFORMACJE O KANDYDACIE

1. OSOBA SAMOTNA * :

- A) TAK
- B) NIE

2. JESTEM OSOBĄ * :

- A)SAMODZIELNĄ
- B) POTRZEBUJĄCĄ CZĘŚCIOWEJ OPIEKI I POMOCY
PRZY CZYNNOŚCIACH DNIA CODZIENNEGO

.....
(proszę wskazać jakich czynności dotyczy niesamodzielność)

C) NIESAMODZIELNĄ

.....
(proszę wskazać jakich czynności dotyczy niesamodzielność)

3. STATUS RODZINNY * :

- A) PROWADZĘ SAMODZIELNE GOSPODARSTWO DOMOWE
- B) MIESZKAM Z OSOBAMI BLISKIMI, KTÓRE NIE SĄ W STANIE ZAPEWNIĆ MI WYSTARCZAJĄCEGO WSPARCIA / WYSTARCZAJĄCEJ OPIEKI W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU
- C) ŻADNE Z POWYŻSZYCH

III. OŚWIADCZAM, ŻE:

1. Zapoznałem się z Procedurami realizacji Programu „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2024 akceptuję jego warunki oraz zobowiązuję się do przestrzegania jego postanowień.
2. Dane zawarte w formularzu zgłoszeniowym są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.
3. Wyrażam zgodę na kontakt z pracownikiem socjalnym Ośrodka Pomocy Społecznej w Słubicach.

.....
(miejsce, data i czytelny podpis kandydata / opiekuna prawnego)

* proszę zaznaczyć właściwe