Załącznik nr 1

do Regulaminu rekrutacji i udziału w Programie

„Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2023

**KARTA ZGŁOSZENIOWA**

1. DANE OSOBOWE:

Nazwisko i imię: ........................................................................................................................................

Adres zamieszkania: ..................................................................................................................................

PESEL: .......................................................................................................................................................

Data urodzenia: ........................................................................................................................................

Wiek: .........................................................................................................................................................

Numer telefonu:

Nr telefonu stacjonarnego…………………………………………………………

Nr telefonu komórkowego…………………………………………………………..

2. SYTUACJA RODZINNA:

□ osoba samotnie zamieszkująca

□ osoba zamieszkująca wspólnie z rodziną/znajomymi

1. DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO REPREZENTOWANIA ODBIORCY WSPARCIA (zakres upoważnienia - podpisanie umowy świadczenia usług oraz odbiór i zwrot opaski bezpieczeństwa):

Nazwisko i imię: ........................................................................................................................................

Telefon: .....................................................................................................................................................

Wyżej wymieniona osoba jest:

□ członkiem rodziny

□ sąsiadem/znajomym

1. Informacja o problemach w codziennym funkcjonowaniu ze względu na stan zdrowia:

Czy istnieje niepełnosprawność:

□ tak, (jaka?): ............................................................................................................................................

□ nie

W jaki sposób osoba przemieszcza się:

□ osoba chodząca

□ osoba chodząca z pomocą osób drugich

□ z pomocą sprzętu rehabilitacyjnego typu kule
 ortopedyczne, balkonik

□ na wózku inwalidzkim

□ osoba leżąca

Słuch:

□ dobry

□ niedosłuch

□ głuchota

Wzrok:

□ dobry

□ niedowidzenie

□ osoba niewidoma

Sprawność umysłowa:

□ dobra

□ zaniki pamięci

□ agresja

□ depresja

Informacja o schorzeniach:

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

1. Informacja o dostępności sygnału telefonii komórkowej:

□ w moim miejscu zamieszkania jest stały zasięg telefonii komórkowej

□ w moim miejscu zamieszkania jest utrudniony dostęp do telefonii komórkowej

Oświadczam, iż:

1. wyrażam wolę uczestnictwa w Programie,
2. znam, rozumiem i spełniam wszystkie kryteria uczestnictwa uprawniające do udziału w Programie, o których mowa w Regulaminie,
3. zostałem/-am poinformowany/-a o źródłach finansowania Programu,
4. przystępując do Programu zapoznałem/-am się z zasadami przetwarzania danych osobowych i jestem świadomy/-a zakresu i celu przetwarzania jego danych osobowych oraz iż podanie danych osobowych jest niezbędne aby mógł wziąć udział w Programie,
5. jest świadomy/-a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą,
6. oświadczam, że zapoznałem/-am się z Regulaminem rekrutacji i udziału wraz z załącznikami, rozumiem i akceptuję jego zapisy i zobowiązuję się do ich przestrzegania,
7. w moim miejscu zamieszkania stale dostępny jest sygnał telefonii komórkowej,
8. nie ma żadnych przeszkód technicznych, które uniemożliwiałyby lub utrudniały świadczenie usług „opieki na odległość” na moją rzecz,
9. nie ma żadnych przeciwwskazań medycznych do korzystania przez mnie z usług „opieki na odległość”,
10. rozumiem zakres i zasady świadczenia usługi „opieki na odległość”.

Józefów, dnia ………………………………….

………………………………………..…

podpis osoby zgłaszającej się