

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU W PROGRAMIE

„Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2025

Moduł II

Ja niżej podpisana/y zgłaszam swój udział do Programu „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2025 – Moduł II – „opieka na odległość” realizowany przez Gminę Pilzno – Ośrodek Pomocy Społecznej w Pilźnie.

.....
Imię i Nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Telefon

.....
PESEL

Proszę odpowiedzieć na poniższe pytania (odpowiednie zakreślić X):

1. Czy ukończył/a Pan/Pani 60 rok życia ?

TAK

NIE

2. Czy jest Pan/Pani mieszkańcem gminy Pilzno?

TAK

NIE

3. Czy ma Pan/Pani problemy z samodzielnym funkcjonowaniem ze względu na stan zdrowia?

TAK

NIE

4. Jaki rodzaj gospodarstwa domowego Pan/Pani prowadzi?

Samodzielne gospodarstwo domowe,

Mieszkam z rodziną która nie jest mi w stanie zapewnić wystarczającego wsparcia,

5. Czy jest Pan/Pani osobą z orzeczeniem o niepełnosprawności?

TAK

Proszę zaznaczyć stopień niepełnosprawności:

Znaczny,

Umiarkowany,

Lekki.

NIE

OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że:

1. Wyrażam zgodę na udział w Programie, rozumiem jego cel i deklaruję chęć uczestnictwa w nim.
2. Zapoznałam/zapoznałem się z Regulaminem udziału, rozumiem i akceptuję jego zapisy i zobowiązuję się do jego przestrzegania.
3. Zostałem poinformowany o źródłach finansowania Programu.
4. Nie istnieją u mnie żadne przeciwwskazania medyczne do korzystania z opaski bezpieczeństwa.
5. Wyrażam zgodę na użycie mojego wizerunku w celach związanych z realizacją oraz promocją programu.
6. Zapoznałam się/zapoznałem się z załączoną poniżej klauzulą informacyjną odnoszącą się do przetwarzania moich danych osobowych i wyrażam zgodę na jej postanowienia.

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

Data przyjęcia zgłoszenia:

.....

Osoba przyjmująca zgłoszenie:

.....

UWAGA

Wypełnienie Formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do programu ze względu na ograniczoną liczbę miejsc .