



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

Załącznik nr 1

Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa
do programu ośłonowego na rok 2024
„Korpus Wsparcia Seniora”
w Mieście i Gminie Połaniec
moduł II – opaski bezpieczeństwa

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROGRAMU
„Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2024
modułu II - opaski bezpieczeństwa**

Ja niżej podpisana/y zgłaszam potrzebę i chęć skorzystania z usług teleopieki w ramach Programu Ośłonowego „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2024 realizowanego w gminie Połaniec w ramach modułu II na podstawie Uchwały Nr XCIV/635/2024 Rady Miejskiej w Połancu z dnia 29 stycznia 2024 r. w związku z realizacją Modułu II Programu Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2024.

.....

Imię i nazwisko

.....

Adres zamieszkania

.....

Telefon

Proszę odpowiedzieć na poniższe pytania (odpowiednie zakreślić X):

1. Czy ukończył Pan/Pani 60 rok życia?

☐ TAK

☐ NIE

2. Czy jest Pan/Pani mieszkańcem gminy Połaniec?

☐ 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:

- ☐ I stopień (znaczny)
☐ II stopień (umiarkowany)
☐ III stopień (lekki)

☐ NIE

6. Czy zamieszkuje Pan/Pani na terenie słabo zaludnionym ?

☐ TAK

☐ NIE

.....

(data i podpis wnioskodawcy)

UWAGA

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

Oświadczenia

1. W związku z udziałem w rekrutacji do Programu „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2024 oświadczam, iż:
- a) wyrażam wolę uczestnictwa w Programie;
 - b) zapoznałem się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa do Programu osłonowego na rok 2024 „Korpus Wsparcia Seniorów” w Mieście i Gminie Połaniec moduł II – opaski bezpieczeństwa;
 - c) znam, rozumiem i spełniam wszystkie kryteria uczestnictwa uprawniające do udziału w Programie;
 - d) przystępując do Programu wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wskazanych w formularzu zgłoszeniowym, jestem świadomy zakresu i celu przetwarzania danych osobowych oraz iż podanie danych osobowych jest niezbędne abym mógł wziąć udział w Programie;
 - e) jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
 - f) w moim miejscu zamieszkania stale dostępny jest sygnał telefonii komórkowej;
 - g) nie mam żadnych przeciwwskazań medycznych do korzystania z opaski bezpieczeństwa;
 - h) rozumiem zakres i zasady świadczenia usługi teleopieki.

.....
(data i podpis wnioskodawcy)