

Karta zgłoszenia do Programu „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2026 - Moduł II

Dane kandydata			
Imię:			
Nazwisko:			
Adres zamieszkania:			
Data urodzenia:			
PESEL			
Numer telefonu:			
Czy brał/a Pan/i udział w Programie „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2025?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
Sytuacja Rodzinna:	<input type="checkbox"/> osoba prowadząca samodzielne gospodarstwo domowe	<input type="checkbox"/> osoba zamieszkująca wspólnie z innymi osobami bliskimi	<input type="checkbox"/> osoba zamieszkująca z osobami bliskimi z niepełnosprawnością, które nie są w stanie zapewnić wystarczającego wsparcia

Dane osób, z którymi należy skontaktować się w sytuacji wystąpienia zagrożenia – celem poinformowania o konieczności podjęcia interwencji w celu udzielenia informacji o zaistniałej sytuacji:

1.

Nazwisko i imię:.....

Numer telefonu:.....

Wyżej wymieniona osoba jest: członkiem rodziny sąsiadem/znajomym

2.

Nazwisko i imię:.....

Numer telefonu:.....

Wyżej wymieniona osoba jest: członkiem rodziny sąsiadem/znajomym

**INFORMACJA O PROBLEMACH W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU ZE WZGLĘDU
NA STAN ZDROWIA:**

Czy posiada Pan/Pani orzeczony stopień niepełnosprawności :

- Tak** (Jeśli tak proszę wskazać jaki).....
- Nie**

W jaki sposób osoba (Pani/Pan), ubiegająca się o wsparcie, przemieszcza się::

- osoba chodząca
- osoba chodząca z pomocą osób drugih
- 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 innych schorzeniach (wypisać choroby np. sercowo-naczyniowe, cukrzyca, nadciśnienie, nowotwór obecnie leczony, alergie, astma, inne):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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:

- a) podane do formularza zgłoszeniowego informacje są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/-a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.
- b) wyrażam wolę uczestnictwa w Programie,
- c) znam, rozumiem i spełniam wszystkie kryteria uczestnictwa uprawniające do udziału w Programie, o których mowa w Regulaminie,
- d) zostałem/-am poinformowany/-a o źródłach finansowania Programu,
- e) 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,
- f) jest świadomy/-a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą,
- g) oświadczam, że zapoznałem/-am się z Regulaminem rekrutacji i udziału wraz z załącznikami, rozumiem i akceptuję jego zapisy i zobowiązuję się do ich przestrzegania,
- h) w moim miejscu zamieszkania stale dostępny jest sygnał telefonii komórkowej,
- i) nie ma żadnych przeszkód technicznych, które uniemożliwiałyby lub utrudniały świadczenie usług „opieki na odległość” na moją rzecz,
- j) nie ma żadnych przeciwwskazań medycznych do korzystania przez mnie z usług „opieki na odległość”,
- k) rozumiem zakres i zasady świadczenia usługi „opieki na odległość”.
- l) zostałam/łem poinformowana/ny, że informacje zawarte w niniejszej Karcie zgłoszeniowej będą przetwarzane w zakresie niezbędnym do realizacji usług teleopieki. Podanie w/w informacji jest dobrowolne, jednak ich brak uniemożliwia zakwalifikowanie mnie do udziału w Programie.

.....
(podpis osoby zgłaszającej się do udziału w Programie)

Data przyjęcia zgłoszenia:

.....
Osoba przyjmująca zgłoszenie:

.....