



**Karta zgłoszenia do Programu
„Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2025 Moduł II**

I. Dane uczestnika Programu:

1. Imię i nazwisko:

.....

2. Adres:

.....

3. Telefon kontaktowy:

.....

4. Data urodzenia:

.....

5. Jaki jest Pana/i status?

- 1) Jestem osobą samotnie zamieszkującą i nie posiadam bliskich osób ,
- 2) Jestem osobą samotnie zamieszkującą, ale posiadam bliskie osoby ,
- 3) Jestem osobą prowadzącą samodzielne gospodarstwo domowe, zamieszkującą w tym samym budynku wraz z innymi osobami ,
- 4) Pozostaję we wspólnym gospodarstwie domowym z dorosłymi członkami rodziny aktywnymi zawodowo poza miejscem zamieszkania ,
- 5) Pozostaję we wspólnym gospodarstwie domowym z dorosłymi członkami rodziny .

6. Czy posiada Pan(i) orzeczenie o niepełnosprawności? – **Tak** / **Nie**

Jeżeli **Tak**, proszę zaznaczyć w jakim stopniu:

- 1) niepełnosprawność w stopniu znacznym sprzężonym ,
- 2) niepełnosprawność w stopniu znacznym ,
- 3) niepełnosprawność w stopniu umiarkowanym ,
- 4) niepełnosprawność w stopniu lekkim ,

7. Jaka jest Pana/i zdolność do samodzielnego funkcjonowania? (*właściwe zaznaczyć)

1) wykonywanie czynności samoobsługowych	samodzielnie*	z pomocą*	opieka*
2) prowadzenie gospodarstwa domowego	samodzielnie*	z pomocą*	opieka*
3) poruszanie się w środowisku	samodzielnie*	z pomocą*	opieka*

II. DOTYCHCZAS OTRZYMYWANA POMOC:

1. Czy do tej pory korzystał(a) Pan(i) z innych form lub usług wsparcia? **Tak** / **Nie**

2. Jeśli tak, to proszę poniżej wpisać z jakich i przez kogo realizowanych:

m.in. opieka wytchnieniowa, asystent osoby z niepełnosprawnością, usługi opiekuńcze, specjalistyczne usługi opiekuńcze, Środowiskowy Dom Samopomocy, Dzienny Dom Senior+, Warsztaty Terapii Zajęciowej, inne (jakie?):

.....

III. OŚWIADCZENIA:

1. Oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowanie przez realizatora świadczonych usług. Czynności, o których mowa wyżej, dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu.
3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu Ostonowego „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2024 Moduł II.

Miejscowość, data

.....
 (Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)