|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Potwierdzenie złożenia wniosku (data i godzina wpływu) |  | Podpis osoby przyjmującej wniosek |  |

*Wypełnia osoba upoważniona przez Realizatora Programu*

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UDZIAŁU W PROGRAMIE**

 **„ KORPUS WSPARCIA SENIORÓW” NA ROK 2022, MODUŁ II**

**I CZĘŚĆ - DANE UCZESTNIKA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **(PROSZE WYPEŁNIĆ CZYTENIE)** | **IMIĘ I NAZWISKO** |  | **DATA URODZENIA** |  |  |
| **PESEL** |  | **TELEFON KONTAKTOWY**  |  |
| **E-MAIL (jeśli posiadasz)** |  |
| **ADRES DO KORESPONDENCJI**  |  |  |

**II CZĘŚĆ – PODSTAWOWE WARUNKI UDZIAŁU**

**Proszę zaznaczyć X jeśli Pan/Pani spełnia poniższe kryteria.**

Aby zakwalifikować się do udziału w projekcie **MUSI** PAN/PANI SPEŁNIAĆ ŁĄCZNIE PONIŻSZE KRYTERA WŁĄCZENIA:

* Mieszkam na terenie Gminy Wschowa
* Jestem osobą powyżej 65 roku życia, na dzień złożenia niniejszego formularza
* Jestem osobą samotną, samotnie gospodarującą (rozumiana jako osoba prowadząca jednoosobowe gospodarstwo domowe, art. 6 pkt.10 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej) lub osobą mieszkającą z osobami bliskimi, które nie są w stanie zapewnić mi wystarczającego wsparcia.

**III CZĘŚĆ – DODATKOWE WARUNKI UDZIAŁU**

* Posiadam orzeczenie o umiarkowanym lub znacznym stopniu niepełnosprawności albo zaświadczenie lekarskie potwierdzające stan zdrowia wskazujący na konieczność stałej lub długotrwałej opieki czy pomocy innej osoby
* Jestem osobą korzystającą z usług opiekuńczych
* Jestem osobą nie korzystającą z żadnej formy wsparcia z systemu pomocy społecznej
* Jestem osobą powyżej 75 roku życia, na dzień złożenia niniejszego formularza
* Jestem osobą korzystającą z usług w Dziennym Domu Pobytu

**IV CZĘŚĆ – DODATKOWE INFORMACJE O UDZIALE W PROGRAMIE**

Wzrost …………………………………………………………………………………………………………………

Masa ciała ……………………………………………………………………………………………………………

Standardowe ciśnienie skurczowe ……………………………………………………………….

Standardowe ciśnienie rozkurczowe …………………………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **I CZĘŚĆ – CHOROBY KANDYDATA**  |  | **II CZĘŚĆ – AKTUALNIE PRZYJMOWANE LEKI**  |  |

**V CZĘŚĆ- OŚWIADCZENIA**

Oświadczam, że:

1. Wyrażam zgodę na udział w Programie „Korpus Wsparcia Seniorów„ na rok 2022 realizowany przez Ośrodek Pomocy Społecznej we Wschowie i deklaruję chęć uczestnictwa w nim;
2. Zapoznałam/zapoznałem się z Regulaminem Świadczenia usług „opieki na odległość” w Gminie Wschowa w ramach Programu „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2022, Moduł II, rozumiem
i akceptuję jego zapisy oraz zobowiązuję się do jego przestrzegania;
3. Spełniam kryteria kwalifikowalności, o których mowa w Regulaminie, uprawniające mnie do udziału w ww. Programie.
4. Zapoznałam się/zapoznałem się z załączoną poniżej klauzulą informacyjną odnoszącą się do przetwarzania moich danych osobowych i wyrażam zgodę na jej postanowienia;
5. Wyrażam dobrowolną zgodę na użycie mojego wizerunku w celach związanych
z realizacją i promocją Programu na terenie Gminy Wschowa. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych zdjęć, za pośrednictwem dowolnego medium, wyłącznie w celu zgodnym z prowadzoną przez Ośrodek Pomocy Społecznej we Wschowie działalnością. Przyjmuję do wiadomości, że przysługuje mi prawo wycofania niniejszej zgody w dowolnym momencie, w dowolnej formie, a jej wycofanie nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

*…...................................................................*

*(podpis osoby składającej oświadczenie)*