

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UDZIAŁU W PROGRAMIE**  
**„KORPUS WSPARCIA SENIORÓW” NA ROK 2022**  
**REALIZOWANEGO PRZEZ GMINĘ ZBROSŁAWICE**

DANE KANDYDATA		
IMIĘ		
NAZWISKO		
ADRES ZAMIESZKANIA		
DATA URODZENIA		
PESEL		
NUMER TELEFONU /E-MAIL		
NUMER TELEFONU OPIEKUNA		
OSOBA KORZYSTAJĄCA Z POMOCY SPOŁECZNEJ *	TAK	NIE
OSOBA POSIADAJĄCA SAMODZIELNE GOSPODARSTWO DOMOWE I POSIADAJĄCA PROBLEM Z SAMODZIELNYM FUNKCJONOWANIEM *	TAK	NIE
OSOBA ZAMIESZKUJĄCA WSPÓLNIE Z OSOBAMI BLISKIMI I POSIADAJĄCA PROBLEM Z SAMODZIELNYM FUNKCJONOWANIEM *	TAK	NIE
OSOBA POWYŻEJ 65 ROKU ŻYCIA, LICZONEGO W DNIACH, NA DZIEŃ ZŁOŻENIA NINIEJSZEGO FORMULARZA *	TAK	NIE

\* WŁAŚCIWE PODKREŚLIĆ

Oświadczam, że:

1. Wyrażam zgodę na udział w programie, rozumiem jego zakres, cel i zasady świadczenia usługi teleopiekuńczej oraz deklaruję chęć uczestnictwa w nim.
2. Zapoznałam/em się z regulaminem rekrutacji i udziału, akceptuję jego zapisy i zobowiązuję się do jego przestrzegania.
3. Zostałem poinformowany o źródłach finansowania Programu.
4. W moim miejscu zamieszkania stale dostępny jest sygnał telefonii komórkowej.
5. Nie ma żadnych przeszkód technicznych, które uniemożliwiałyby lub utrudniały świadczenie usług teleopiekuńczych na moją rzecz (w moim miejscu zamieszkania jest zasięg do internetu).
6. Nie mam żadnych przeciwwskazań medycznych do korzystania przeze mnie z usług teleopiekuńczych.
7. Podane do formularza zgłoszeniowego informacje są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.
8. Zapoznałam/em się z załączoną poniżej klauzulą informacyjną odnoszącą się do przetwarzania moich danych osobowych i wyrażam zgodę na jej postanowienia, w tym na potrzeby procesu rekrutacji i udziału w Programie.

.....  
czytelny podpis Kandydata/Kandydatki lub Opiekuna\*