

**FORMULARZ REKRUTACYJNY DO UDZIAŁU W PROGRAMIE
KORPUS WSPARCIA SENIORÓW MODUŁ II – USŁUGA TELEOPIEKI
DLA MIESZKAŃCÓW BĘDZINA**

I CZĘŚĆ – DANE UCZESTNIKA

PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI	IMIĘ			
	NAZWISKO			
	PESEL			
	DATA URODZENIA		TELEFON KONTAKTOWY	
	MIEJSCOWOŚĆ		KOD POCZTOWY	
	ULICA/NR BUDYNKU/ NR LOKALU			

II CZĘŚĆ – MINIMALNE WARUNKI UDZIAŁU W PROJEKCIE

Proszę zaznaczyć X jeśli Pan / Pani spełnia poniższe kryteria.

- Mieszkam na terenie miasta Będzin
- Mam 65 lat lub więcej
- Wymagam wsparcia w codziennym funkcjonowaniu

III CZĘŚĆ INFORMACJA O STANIE ZDROWIA

OPIS INFORMACJI ZDROWOTNEJ KANDYDATA / KANDYDATKI DO PROGRAMU KWS

Istotne informacje o stanie zdrowia dla służb ratunkowych / teleopieki / (wypisać choroby, np. sercowo – naczyniowe, cukrzyca, nadciśnienie, nowotwór obecnie leczony, alergie, astma, inne; oraz rodzaje przyjmowanych leków: (wypisać nazwę leków)

.....

.....

.....

.....

wzrost (podać w centymetrach):

Informacje o niepełnosprawności: Czy osoba posiada orzeczenie o stopniu niepełnosprawności?

Tak

Nie

Jeśli tak proszę podać:

stopień niepełnosprawności (niewłaściwe skreślić): lekki / umiarkowany / znaczny

rodzaj niepełnosprawności:

OCENA SYTUACJI ŻYCIOWEJ KANDYDATA / KANDYDATKI DO PROGRAMU ORAZ JEJ OPIEKUNÓW FAKTYCZNYCH

Sytuacja rodzinna	Tak	Nie
Osoba samotna / osoba samotnie gospodarująca		
Czy osoba zamieszkuje wspólnie z rodziną?		
Czy osoba posiada rodzinę mieszkającą w tej samej miejscowości lub okolicy?		
Czy osoba posiada sąsiadów, z którymi utrzymuje stały kontakt w najbliższym otoczeniu (do 0,5 km)?		

Sytuacja opiekunów prawnych / faktycznych osoby niesamodzielnej (jeśli dotyczy)	Tak	Nie
Czy osoba ma ustalonego opiekuna prawnego?		
Czy opiekun / rodzina może zapewnić pomoc osobie niesamodzielnej?		
W jakiej odległości od osoby niesamodzielnej mieszka opiekun?		

Dane kontaktowe do opiekunów / członków rodziny	
Imię i nazwisko	Imię i nazwisko
.....
telefon kontaktowy	telefon kontaktowy

IV CZĘŚĆ - OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że:

1. Wyrażam chęć udziału w Programie Korpus Wsparcia Seniorów Moduł II i oświadczam, że w przypadku zakwalifikowania będę stosował/a się do zasad, które określać będzie umowa świadczenia usług teleopiekuńczych.
2. Zapoznałem / zapoznałam się z *Regulaminem rekrutacji i udziału w Programie Korpus Wsparcia Seniorów Moduł II na 2023 r.*, akceptuję jego zapisy i zobowiązuję się do jego przestrzegania.
3. Spełniam kryteria kwalifikowalności, o których mowa w *Regulaminie*, uprawniające mnie do udziału w w/w Programie.
4. Wyrażam zgodę do przetwarzania moich danych osobowych podanych w niniejszym formularzu w celu rekrutacji i realizacji Programu zg. z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2016 r. Poz. 922 z późn. zm.)
5. Przedstawione przeze mnie w niniejszym formularzu dane są prawdziwe i odpowiadają stanowi faktycznemu na dzień podpisania niniejszego formularza. Jestem świadomy / świadoma odpowiedzialności jaką ponoszę w przypadku podania nieprawdziwych danych.

.....
miejscość, data

.....
czytelny podpis Kandydata / Kandydatki*

* dopuszcza się podpis opiekuna faktycznego osoby niesamodzielnej wyłącznie w sytuacji o której mowa w § 6 pkt 7 Regulaminu Rekrutacji i Udziału w Teleopiece.

Pouczenie:

Składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą podlega odpowiedzialności karnej zgodnie z § 233 Kodeksu Karnego.