Załącznik nr 1 do Regulaminu

**Karta zgłoszenia do Programu**

**,,Korpus Wparcia Seniorów’’ na rok 2024 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 Osłonowego „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2024 Moduł II.

Miejscowość ………………………………., data ……………….

..…………………………………………………………………….

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)