Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa  
 w Gminnym Programie Osłonowym

„Korpus Wsparcia Seniora” na rok 2023

....................................................................................  
Imię i nazwisko

.....................................................................................  
Adres zamieszkania

....................................................................................  
PESEL

....................................................................................  
telefon/adres e-mail

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROGRAMU**

Ja niżej podpisana/y zgłaszam potrzebę i chęć skorzystania z usług teleopieki w ramach Gminnego Programu Osłonowego „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2023, realizowanego przez gminę Polkowice – Ośrodek Pomocy Społecznej w Polkowicach na podstawie Uchwały Nr LVII/622/23 Rady Miejskiej w Polkowicach z dnia 28 lutego 2023 r. w związku   
z realizacją Modułu II Programu Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2023.

**Oświadczam, że (odpowiednie podkreślić):**

1. Jestem mieszkańcem gminy Polkowice.
2. Ukończyłam/łem 65 rok życia.
3. Prowadzę samodzielne gospodarstwo domowe.
4. Mieszkam z osobami bliskimi, które nie są w stanie zapewnić mi wystarczającego wsparcia.
5. Nie mam żadnych przeciwskazań medycznych do korzystania z opaski bezpieczeństwa.
6. Mam problemy z samodzielnym funkcjonowaniem ze względu na stan zdrowia, jakie:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Oświadczam, iż mój **dochód netto** (w przypadku gospodarstwa wieloosobowego należy wpisać dochód netto na jednego członka rodziny) za poprzedni miesiąc wynosił:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Zgłaszam osoby z najbliższego otoczenia do kontaktu:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imię i Nazwisko** | **Adres zamieszkania** | **Nr telefonu** | **Podpis osoby zgłoszonej do kontaktu** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Załączniki do formularza:**

 Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwskazań do użytkowania opaski bezpieczeństwa.

………………………………………………

(data i podpis wnioskodawcy)

**Oświadczenia**

1. Wnioskodawca w związku z przystąpieniem do Programu oświadcza, iż:
2. wyraża wolę uczestnictwa w Programie;
3. zna, rozumie i spełnia wszystkie kryteria uczestnictwa uprawniające do udziału   
   w Programie;
4. przystępując do Programu wyraża zgodę na przetwarzanie jego danych osobowych wskazanych w formularzu rekrutacyjnym, jest świadomy zakresu i celu przetwarzania jego danych osobowych oraz iż podanie danych osobowych jest niezbędne aby mógł wziąć udział w Programie;
5. spełnił obowiązek informacyjny wobec osób zgłoszonych do kontaktu   
   z najbliższego otoczenia o przetwarzaniu ich danych osobowych;
6. jest świadomy odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych   
   z prawdą.
7. Wnioskodawca oświadcza, że:
8. w jego miejscu zamieszkania stale dostępny jest sygnał telefonii komórkowej;
9. nie ma żadnych przeszkód technicznych, które uniemożliwiałyby lub utrudniały świadczenie usług teleopiekuńczych na jego rzecz;
10. nie ma żadnych przeciwwskazań medycznych do korzystania przez niego z opaski bezpieczeństwa;
11. rozumie zakres i zasady świadczenia usługi teleopiekuńczej.

………………………………………………

(data i podpis wnioskodawcy)