

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UDZIAŁU W MODULE II PROGRAMU
„ OPIEKA NA ODLEGŁOŚĆ ”
realizowanego w ramach Programu „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2024**

**DATA, GODZINA WPŁYWU WNIOSKU :
(WYPEŁNIA MOPS W OZORKOWIE)**

DANE OSOBOWE KANDYDATA :

Imiona:	Nazwisko:
PESEL:	Wiek w chwili przystąpienia do Programu:
Data urodzenia:	Adres e-mail (opcjonalnie):
Telefon kontaktowy 1:	Telefon kontaktowy 2 :

ADRES ZAMIESZKANIA KANDYDATA :

Ulica, numer domu lub mieszkania:

Kod pocztowy:

Miejscowość:

Województwo:

KRYTERIA WARUNKUJĄCE UDZIAŁ W PROGRAMIE : proszę zaznaczyć X jeśli Pan/Pani spełnia poniższe kryteria

Aby zakwalifikować się do udziału w Programie musi Pan/Pani spełniać łącznie poniższe kryteria :

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Mieszkam na terenie administracyjnym Gminy Miasta Ozorków |
| <input type="checkbox"/> | Jestem osobą w wieku 60 lat i więcej, liczonego w dniach na dzień złożenia niniejszego formularza |
| <input type="checkbox"/> | Mam problemy z samodzielnym funkcjonowaniem ze względu na stan zdrowia/ prowadzę samodzielne gospodarstwo domowe/ mieszkam z osobami bliskimi, które nie są w stanie zapewnić mi wystarczającego wsparcia |

KRYTERIA PREMIUJĄCE : proszę zaznaczyć X jeśli Pan/Pani spełnia poniższe kryteria (10 pkt. za każde dodatkowe kryterium) :

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Jestem osobą samotną lub osobą samotnie gospodarującą |
| <input type="checkbox"/> | Jestem osobą w wieku 70 + ,liczonego w dniach na dzień złożonego niniejszego formularza |
| <input type="checkbox"/> | Jestem osobą z niepełnosprawnością, posiadającą odpowiednie orzeczenie lekarskie, w tym zakresie (co najmniej umiarkowany stopień niepełnosprawności) |

OSOBA DO KONTAKTU 1 :				
Imię i Nazwisko		Pokrewieństwo		
Numer telefonu		Czy posiada klucz	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Adres zamieszkania				
OSOBA DO KONTAKTU 2 :				
Imię i Nazwisko		Pokrewieństwo		
Numer telefonu		Czy posiada klucz	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Adres zamieszkania				
OŚWIADCZENIA KANDYDATA :				
<p>Oświadczam, że:</p> <p>1.Wyrażam zgodę na udział w Programie „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2024 – Moduł II, rozumiem jego cel i deklaruję chęć uczestnictwa w nim. Spełniam kryteria kwalifikowalności, o których mowa w Regulaminie, uprawniające mnie do udziału w ww. Programie.</p> <p>2.Zapoznałam/zapoznałem się z Regulaminem rekrutacji i udziału w Programie wraz z załącznikami, rozumiem i akceptuję jego zapisy i zobowiązuję się do jego przestrzegania.</p> <p>3.Dane osobowe i pozostałe informacje podane przeze mnie w niniejszym Formularzu zgłoszeniowym odpowiadają stanowi faktycznemu i są zgodne z prawdą. Mam świadomość odpowiedzialności karnej wynikającej z treści z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, o której zostałam/am pouczoney i pouczenie to zrozumiałem/am.</p> <p>4.Zapoznałam się/zapoznałem się z załączoną poniżej klauzulą informacyjną odnoszącą się do przetwarzania moich danych osobowych i wyrażam zgodę na jej postanowienia.</p>				

.....
 (data i czytelny podpis Kandydata/Kandydatki)