



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY MODUŁ II – TELEOPIEKA „KORPUS WSPARCIA SENIORÓW” – edycja 2024 r.

Imię i Nazwisko.....

Data urodzenia.....

Pesel

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania

Adres do korespondencji

Kod pocztowy.....

Telefon kontaktowy.....

1. Kryteria kwalifikujące do udziału w Programie:

Aby przystąpić do procesu kwalifikacyjnego udziału w Programie MUSI PAN/PANI SPEŁNIAĆ ŁĄCZNIE 5 PONIŻSZYCH WARUNKÓW:

- mieszkam w Gminie Starachowice
- jestem osobą w wieku 60 lat i więcej
- jestem osobą niesamodzielną, co oznacza niemożliwość wykonywania samodzielnie przynajmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego (np. przygotowywanie i spożywanie posiłków, poruszanie się po domu, przemieszczanie się poza domem, wychodzenie z domu, ubieranie/rozbieranie, utrzymanie higieny osobistej, kontrolowanie czynności fizjologicznych itp.)
- wyrażam zgodę na udział w programie, przestrzeganie Regulaminu i na przetwarzanie danych osobowych niezbędnych podczas procesu rekrutacji i realizacji programu,
- nie przebywam w placówce całodobowej opieki.



2. Kryteria premiujące kwalifikujące do udziału w Programie:

Spełnienie kryteriów premiujących nie jest obligatoryjne, jednak w przypadku ich spełnienia Kandydat otrzymuje za każde z nich po 10 dodatkowych punktów:

- jestem osobą prowadzącą samodzielne gospodarstwo domowe, mam problemy z samodzielnym funkcjonowaniem ze względu na stan zdrowia
- jestem osobą przewlekle chorą posiadającą orzeczenie o niepełnosprawności lub zaświadczenie lekarskie

3. Opiekun Uczestnika lub osoba zgłaszająca

Imię i nazwisko.....

Numer telefonu.....

Czy jest Opiekunem Kandydata/Uczestnika:

- tak
- nie

Oświadczenie:

- wyrażam wolę uczestnictwa w Programie;
- znam, rozumiem i spełniam wszystkie kryteria uczestnictwa uprawniające do udziału w Programie, o których mowa w Regulaminie;
- zostałem/-am poinformowany/-a o źródłach finansowania Programu;
- przystępując do Programu wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wskazanych w formularzu zgłoszeniowym, jestem świadomy/-a zakresu i celu przetwarzania danych osobowych zgodnie z Regulaminem Rekrutacji i udziału w Teleopece oraz, iż podanie danych osobowych jest niezbędne, abym mógł/mogła wziąć udział w Programie;
- jestem świadomy/-a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

.....
podpis Kandydata w przypadku zgłoszenia osobistego
lub Opiekuna Uczestnika

Data wpływu do CUS Starachowice

Program „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2024