

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**„KORPUS WSPARCIA SENIORÓW” 2023 r.**

Imię i Nazwisko..................................................................................................……….  
Data urodzenia...........................................................................................................…

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Pesel

Adres zamieszkania ......................................................................................………...  
Kod pocztowy.............................................................................................…………...  
Telefon kontaktowy............................................................................................……...  
  
**1. Kryteria kwalifikujące do udziału w Programie:**

□ mieszkam w Gminie Miejskiej Hrubieszów

□ jestem osobą w wieku 65 lat i więcej

□ jestem osobą prowadzącą samodzielne gospodarstwo domowe, mam problemy   
z samodzielnym funkcjonowaniem ze względu na stan zdrowia

□ jestem osobą mieszkającą z osobami bliskimi, które nie są w stanie zapewnić mi wystarczającego wsparcia  
  
**2. Czy jest Pani/Pan osobą chorującą przewlekle?**   
□ tak

Rodzaj schorzenia:……………………………………………………………………………

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

□ nie

**3. Opiekun faktyczny lub osoba zgłaszająca Uczestnika**

Imię i nazwisko………………………………………………………………………………

Numer telefonu……………………………………………………………………………...

Czy jest opiekunem faktycznym kandydata

□ 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 poinformowany o źródłach finansowania Programu;

▪ Przystępując do Programu wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wskazanych w formularzu rekrutacyjnym, jestem świadomy zakresu i celu przetwarzania danych osobowych zgodnie z Regulaminem (§11) oraz iż podanie danych osobowych jest niezbędne abym mógł wziąć udział w Programie;

▪ Jestem świadomy odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

…………………............................................................  
podpis kandydata w przypadku zgłoszenia osobistego

lub opiekuna prawnego

Data wpływu do MOPS ............................................