

Załącznik Nr 1

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
„KORPUS WSPARCIA SENIORÓW” na rok 2025.

Imię i Nazwisko.....

Data urodzenia.....

PESEL

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

Adres zamieszkania

.....

Telefon kontaktowy.....

1. Kryteria kwalifikujące do udziału w Programie:

- ☐ mieszkam w Gminie Moszczenica
- ☐ jestem osobą w wieku 60 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
- ☐ nie

3. Opiekun faktyczny lub osoba zgłaszająca Uczestnika

Imię i nazwisko.....

Numer telefonu.....

Czy jest Pan/Pani opiekunem faktycznym kandydata

- ☐ tak
- ☐ nie



OŚWIADCZENIE

- Zapoznałem/łam się z treścią Regulaminu rekrutacji w Programie „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2025 w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Moszczenicy i akceptuję jego warunki;
- Wyrażam wolę uczestnictwa w Programie;
- Znam, rozumiem i spełniam wszystkie kryteria uczestnictwa uprawniające do udziału w Programie, o których mowa w Regulaminie;
- Zostałem/łam poinformowany/na 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 oraz iż podanie danych osobowych jest niezbędne abym mógł wziąć udział w Programie;
- Jestem świadomy/ma odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

Złożenie formularza zgłoszeniowego nie jest jednoznaczne z przyznaniem pomocy.

.....

data i podpis kandydata lub opiekuna prawnego