



Załącznik nr 1 do regulaminu rekrutacji i udziału w teleopiece realizowanej przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Piaskach finansowanej z dotacji celowej budżetu Państwa w ramach programu „Korpus Wsparcia Seniorów” oraz środków budżetu Gminy Piaski.

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Tytuł programu	„Korpus Wsparcia Seniorów”
-----------------------	-----------------------------------

I CZĘŚĆ – DANE UCZESTNIKA (proszę wypełnić drukowanymi literami)

DANE KANDYDATA/KANDYDATKI				
Imię (Imiona)				
Nazwisko				
Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta		<input type="checkbox"/> mężczyzna	
Data urodzenia				
DANE KONTAKTOWE (adres zamieszkania według Kodeksu Cywilnego)				
Ulica				
Miejscowość		Numer domu		Numer lokalu
Kod pocztowy		Gmina		
Województwo		Telefon kontaktowy		
Adres e-mail				



II CZĘŚĆ – STATUS UCZESTNIKA

I - Kryteria formalne Oświadczam, że:		
1. Mieszkam na terenie Gminy Piaski	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
2. Jestem osobą, która ma ukończone 60 lat	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Oraz spełniam jedno z poniższych kryteriów:		
1. Samodzielnie prowadzę gospodarstwo domowe	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
2. Mieszkam z osobami bliskimi, które nie są w stanie zapewnić mi odpowiedniego wsparcia	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
3. Mam trudności w samodzielnym funkcjonowaniu ze względu na stan zdrowia	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
II - Kryteria dodatkowe Oświadczam, że:		
1. Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
<input type="checkbox"/> Lekkim III grupa inwalidzka	<input type="checkbox"/> Umiarkowanym II grupa inwalidzka	<input type="checkbox"/> Znacznym I grupa inwalidzka



III CZĘŚĆ – OŚWIADCZENIA :

1. Wyrażam świadomą zgodę na udział w teleopiece realizowanej z programu „Korpus Wsparcia Seniorów” finansowanego z dotacji celowej budżetu Państwa oraz ze środków własnych Gminy Piaski.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych w niniejszym formularzu w celu rekrutacji i realizacji programu. Obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz zgodą na przetwarzanie szczególnych kategorii danych osobowych w zakresie zbiorów, do niniejszego formularza.
3. Zapoznałam/łem się z regulaminem rekrutacji i udziału w teleopiece realizowanej przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Piaskach i akceptuję jego zapisy i zobowiązuję się do jego przestrzegania.

Do niniejszego formularza załączam

klauzulę informacyjną;

Czytelny podpis kandydata/teki:

Przedstawione przeze mnie oświadczenia są prawdziwe i odpowiadają stanowi faktycznemu na dzień podpisania niniejszego formularza.

Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności jaką ponoszę w przypadku podania nieprawdziwych danych.

Miejscowość i data:

Czytelny podpis kandydata/teki:

Poświadczenie zgodności orzeczenia
Data i Podpis przyjmującego formularz