

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

I. DANE KONTAKTOWE

IMIĘ I NAZWISKO	
DATA URODZENIA	
ADRES ZAMIESZKANIA	
TELEFON KONTAKTOWY	
IMIĘ I NAZWISKO OSOBY DO KONTAKTU	
TELEFON KONTAKTOWY DO CZŁONKA RODZINY	

II. INFORMACJE O KANDYDACIE

1. OSOBA SAMOTNA

A) TAK

B) NIE

2. JESTEM OSOBĄ

A)SAMODZIELNĄ

B) POTRZEBUJĄCĄ CZĘŚCIOWEJ OPIEKI I POMOCY PRZY CZYNNOŚCIACH DNIA
CODZIENNEGO

.....

(proszę wskazać jakich czynności dotyczy niesamodzielność)

C) NIESAMODZIELNĄ

.....

(proszę wskazać jakich czynności dotyczy niesamodzielność)

3. JESTEM OSOBĄ NIEPEŁNOSPRAWNĄ:

A) TAK

B) NIE

4. JESTEM OSOBĄ :

- A) SAMOTNĄ
- B) GOSPODARUJĄCĄ Z DRUGĄ OSOBĄ NIEPEŁNOSPRAWNĄ/ PRZEWLEKLE CHORĄ
- C) PROWADZĄCĄ GOSPODARSTWO DOMOWE Z WIĘCEJ NIŻ JEDNĄ OSOBĄ
- D) ZAMIESZKUJĄCĄ Z CZŁONKAMI RODZINY

III. OŚWIADCZAM, ŻE:

1. Zapoznałem się z Procedurami realizacji programu „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2022 realizowanego przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Słubicach i akceptuję jego warunki oraz zobowiązuję się do przestrzegania jego postanowień.
2. Dane zawarte w formularzu zgłoszeniowym są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.
3. Wyrażam zgodę na kontakt z pracownikiem socjalnym Ośrodka Pomocy Społecznej w Słubicach.

.....

(miejscowość, data i czytelny podpis kandydata/ opiekuna prawnego)