Załącznik nr 1 do Regulaminu udziału w Programie
„Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2024-
Moduł I- usługi sąsiedzkie

Data zgłoszenia…………………….

**Karta zgłoszenia do Programu „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2024- Moduł I**

I. Dane uczestnika Programu:

1. Imię nazwisko………………………................................................………….......………….

2. Adres: …………………………….…........................………....................................................

3. Telefon kontaktowy:..…………………………………………………………………………

4. Data urodzenia / PESEL…………………..…………………………………………..………..

5. Czy zamieszkuje Pan(i) sam(a)?

☐ Tak ☐ Nie

6. Czy pozostaje Pan(i) w związku małżeńskim?

☐ Tak ☐ Nie

7. Czy posiada Pan(i) wstępnych lub zstępnych krewnych na terenie Gminy Wiązownica?

☐ Tak ☐ Nie

8. Czy posiada Pan(i) problemy z samodzielnym funkcjonowaniem ze względu na stan zdrowie? ☐ Tak ☐ Nie

Jeśli tak proszę podać jakie ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

9. Czy wskazuje Pan (i) osobę, która będzie świadczyć u Pana (i) usługi sąsiedzkie?

 ☐ Tak ☐ Nie

Jeżeli Tak, proszę podać jego imię i nazwisko

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

10. W jakich czynnościach potrzebuje Pan (i) wsparcia:

**Zapewnienie posiłku:**

Tak ☐ / Nie ☐ **Czynności higieniczno- pielęgnacyjne:**

Tak ☐ / Nie ☐

**Czynności gospodarcze**

Tak ☐ / Nie ☐

**Zapewnienie kontaktów z otoczeniem**.

Tak ☐ / Nie ☐

**OŚWIADCZENIA:**

1. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług sąsiedzkich oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowania przez realizatora świadczonych usług. Czynności, o których mowa wyżej, dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług.

2. Oświadczam, że zapoznałem się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych
w toku realizacji Programu.

3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2024.

4. Oświadczam, że w godzinach realizacji usług sąsiedzkich nie będą mi świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 901, ze 3 zm.), inne usługi finansowane
w ramach Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w dziale IV ust. 10 Programu finansowane ze środków publicznych.

5. W przypadku wskazania osoby świadczącej usługi sąsiedzkie w niniejszej Karcie zgłoszenia do Programu „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2024 oświadczam, że osoba ta przygotowana jest do świadczenia usług opiekuńczych w formie usług sąsiedzkich.

Miejscowość ……………………………data ……………………….

…………………………………………………….
(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

 ………………………………………………….
 (Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)