|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Wypełnia osoba upoważniona przez Realizatora Programu | Potwierdzenie złożenia wniosku (data wpływu) |  | Podpis osoby przyjmującej wniosek |  |

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UDZIAŁU W PROGRAMIE**

**Pn. „ Korpus Wsparcia Seniorów 2022”**

**I CZĘŚĆ-DANE UCZESTNIKA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I CZĘŚĆ – DANE UCZESTNIKA**  **(PROSZE WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)** | **IMIĘ I NAZWISKO** |  | **DATA URODZENIA** |  |  |
| **PESEL** |  | **TELEFON KONTAKTOWY 2** |  |  |
| **TELEFON KONTAKTOWY 2** |  | **E-MAIL (jeśli posiadasz)** |  |  |
| **ADRES DO KORESPONDENCJI** |  | | |  |

**II CZĘŚĆ – MINIMALNE WARUNKI UDZIAŁU**

**Proszę zaznaczyć X jeśli Pan/Pani spełnia poniższe kryteria.**

Aby zakwalifikować się do udziału w projekcie **MUSI** PAN/PANI SPEŁNIAĆ ŁĄCZNIE PONIŻSZE KRYTERA WŁĄCZENIA:

* Mieszkam na terenie Miasta Kalisza
* Jestem osobą niesamodzielną, co oznacza, że ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymagam opieki lub wsparcia w wykonywaniu przynajmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego (np. przygotowywanie i spożywanie posiłków, poruszanie się, wychodzenie z domu, ubieranie i rozbieranie, higiena osobista, kontrolowanie czynności fizjologicznych).
* Jestem osobą powyżej 65 roku życia, liczonego w dniach, na dzień złożenia niniejszego formularza

**III CZĘŚĆ – PREFERENCYJNE WARUNKI UDZIAŁU**

* Jestem osobą z niepełnosprawnością, posiadającą odpowiednie orzeczenie lekarskie w tym zakresie
* Jestem osobą samotną, żyjącą w ramach jednoosobowego gospodarstwa domowego
* Jestem osobą powyżej 70 roku życia, liczonego w dniach, na dzień złożenia niniejszego formularza

**IV CZĘŚĆ- OŚWIADCZENIA**

Oświadczam, że:

1. Wyrażam zgodę na udział w Programie, rozumiem jego cel i deklaruję chęć uczestnictwa w nim;
2. Zapoznałam/zapoznałem się z Regulaminem rekrutacji i udziału wraz z załącznikami, rozumiem i akceptuję jego zapisy i zobowiązuję się do jego przestrzegania;
3. Spełniam kryteria kwalifikowalności, o których mowa w Regulaminie, uprawniające mnie do udziału w ww. Programie.
4. Zapoznałam się/zapoznałem się z załączoną poniżej klauzulą informacyjną odnoszącą się do przetwarzania moich danych osobowych i wyrażam zgodę na jej postanowienia.

*…...................................................................*

*(data i podpis osoby składającej oświadczenie)*

**V CZĘŚĆ – DODATKOWE INFORMACJE O UDZIALE W PROGRAMIE**

Wzrost……………………………………………………………………………………………………

Masa ciała………………………………………………………………………………………………

Standardowe ciśnienie skurczowe………………………………………………………….

Standardowe ciśnienie rozkurczowe………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **I CZĘŚĆ – CHOROBY KANDYDATA** |  | **II CZĘŚĆ – AKTUALNIE PRZYJMOWANE LEKI** |  |