**Załącznik nr 1 do Regulaminu – Moduł II**

****

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY** **DO PROGRAMU KORPUS WSPARCIA SENIORÓW „TELEOPIEKA”**

CZĘŚĆ I – Dane kandydata – osoby ubiegającej się o przystąpienie do Programu

|  |
| --- |
| **DANE OSOBOWE KANDYDATA DO UCZESTNICTWA W PROGRAMIE** |
| **Imię**  |  | **Nazwisko** |  |
| **ADRES ZAMIESZKANIA** |
| **Ulica** |  | **Numer domu/lokalu** |  |
| **Miejscowość** |  | **Kod pocztowy** |  |
| **Gmina** |  |
| **Telefon kontaktowy** |  |
| **Data urodzenia** |  | **PESEL** |  |

CZĘŚĆ II – Dane Opiekuna

*Należy wskazać osobę do kontaktu, która zamieszkuje blisko seniora ubiegającego się o przyznanie wsparcia. W przypadku sytuacji zagrażającej zdrowiu seniora Dyspozytor obsługujący opaskę bezpieczeństwa będzie kontaktować się z opiekunem w sprawie interwencji w miejscu zamieszkania seniora. W przypadku zakwalifikowania do Programu Uczestnik Programu może upoważnić Opiekuna do działania w jej imieniu, w szczególności do podpisania umowy świadczenia usług, uczestnictwa w szkoleniu i odbioru opaski monitorującej.*

|  |
| --- |
| **DANE OPIEKUNA**  |
| **Imię**  |  | **Nazwisko** |  |
| **Adres e-mail**  |  | **Numer telefonu** |  |

CZĘŚĆ III – Kryteria warunkujące i premiujące

|  |
| --- |
| **KRYTERIA PODSTAWOWE ( OBOWIĄZKOWE)- przy właściwej odpowiedzi należy wstawić znak X** |
|  | Mam 60 lat i więcej (ile…………..) |
|  | Zamieszkuję na terenie Gminy Głogów Małopolski |
|  | Mam problem z samodzielnym funkcjonowaniem ze względu na stan zdrowia |
| Jestemosobą prowadzącą samodzielne gospodarstwo domowe lub osobą zamieszkująca wspólnie z osobami bliskimi, które nie są w stanie zapewnić jej wystarczającego wsparcia  |
| **Oświadczam, że mam trudności z samodzielnym wykonywaniem co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego (proszę zaznaczyć właściwe)**: |
|  Przygotowywanie i spożywanie posiłków |  Wchodzenie i schodzenie po schodach |
|  Utrzymywanie higieny osobistej |  Ubieranie się i rozbieranie |
|  Poruszanie się po domu |  Korzystanie z toalety /WC |

|  |
| --- |
| **KRYTERIA PREMIUJĄCE – proszę przy właściwej odpowiedzi wstawić znak X**  |
|  | Jestem osobą ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności |
|  | Jestem osobą samotnie zamieszkującą |
|  | Mam 70 lat lub więcej |

CZĘŚĆ IV – Informacja o dostępie do telefonii komórkowej

|  |
| --- |
| **INFORMACJA O DOSTĘPNOŚCI SYGNAŁU TELEFONII KOMÓRKOWEJ – proszę przy właściwej odpowiedzi wstawić znak X**  |
|   | w moim miejscu zamieszkania jest stały zasięg telefonii komórkowej |
|   | w moim miejscu zamieszkania jest utrudniony dostęp do telefonii komórkowej |

CZĘŚĆ V – Oświadczenia

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIA OBOWIĄZKOWE** |
| **Oświadczam, że:**1. wyrażam wolę uczestnictwa w Programie,
2. znam, rozumiem i spełniam wszystkie kryteria uczestnictwa uprawniające do udziału w Programie, o których mowa w Regulaminie,
3. zostałam/em poinformowana/y o źródłach finansowania Programu,
4. przystępując do Programu zapoznałem/am się z zasadami przetwarzania danych osobowych i jestem świadoma/y zakresu i celu przetwarzania jego danych osobowych oraz iż podanie danych osobowych jest niezbędne aby mógł/mogła wziąć udział w Programie,
5. jest świadoma/y odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą,
6. zapoznałam/em się z Regulaminem rekrutacji i udziału wraz z załącznikami, rozumie i akceptuje jego zapisy i zobowiązuję się do ich przestrzegania,
7. nie ma żadnych przeszkód technicznych, które uniemożliwiałyby lub utrudniały świadczenie usług „opieki na odległość” na moją rzecz,
8. nie ma żadnych przeciwwskazań medycznych do korzystania przeze mnie z usług „opieki na odległość”,
9. rozumiem zakres i zasady świadczenia usługi „opieki na odległość”.

|  |  |
| --- | --- |
| **………………………..……………………………………****Miejscowość i data** | **………………………..…………………………………….** **Podpis Kandydata** |

 |