

Formularz zgłoszeniowy do udziału w Programie „Korpus Wsparcia Seniora”

Moduł II „opieka na odległość”

I. DANE KANDYDATA DO UDZIAŁU W PROGRAMIE.

KANDYDAT													
1	Imię i nazwisko												
2	Nr PESEL												
3	Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna											
4	Wiek w chwili przystąpienia do projektu												
5	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> zawodowe <input type="checkbox"/> pozostałe <input type="checkbox"/> średnie <input type="checkbox"/> wyższe											
6	Dane kontaktowe	Województwo:				Powiat:							
		Gmina:				Miejscowość:							
		Ulica:				Nr budynku:							
		Nr lokalu:				Kod pocztowy:							
		Telefon kontaktowy:											
		Adres email:											
7	Jestem osobą niepełnosprawną (należy dołączyć kopię orzeczenia o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne)										<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
8	Jestem osobą mieszkającą samotnie										<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
9	Jestem osobą niesamodzielną z powodu: wieku, stanu zdrowia lub niepełnosprawności, co oznacza, że potrzebuję wsparcia lub opieki w związku z niemożliwością wykonywania samodzielnie przynajmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego (np. zakupy, przygotowywanie i spożywanie posiłków, sprzątanie, poruszanie się, wychodzenie z domu, ubieranie i rozbieranie, higiena osobista, kontrolowanie czynności fizjologicznych).										<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
10	Korzystam z pomocy w ramach istniejącego systemu pomocy społecznej										<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		