

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

	<b>Dane Kandydata</b>
<b>Imię i nazwisko</b>	
<b>Adres zamieszkania</b>	
<b>Numer telefonu</b>	
<b>PESEL</b>	
<b>Osoba samotnie zamieszkująca</b>	TAK NIE
<b>Osoba przebywająca samotnie przez więcej niż 8 godz. dziennie</b>	TAK NIE
<b>Niepełnosprawność</b>	TAK – podać (ustalony stopień niepełnosprawności) ..... NIE
<b>Imię i nazwisko opiekuna prawnego lub osoby upoważnionej</b>  (w przypadku gdy zgłoszenia Kandydat nie dokonuje osobiście)	

<b>Numer telefonu opiekuna prawnego lub osoby upoważnionej</b>	
--	--

Ja niżej podpisana/y zgłaszam potrzebę skorzystania z usług teleopieki w ramach Programu „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2022.

Oświadczam, że:

1. Posiadam miejsce zamieszkania na terenie Gminy Kolbuszowa
2. Dane zawarte w Formularzu zgłoszeniowym są prawdziwe i aktualne.
3. Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem realizacji Programu „Korpus Wsparcia Seniorów” w ramach Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 przez M-GOPS w Kolbuszowej.

.....

**Data**

.....

**Podpis kandydata lub opiekuna prawnego**

Adnotacja pracownika M-GOPS w Kolbuszowej

Ilość zebranych punktów na podstawie Formularza zgłoszeniowego - .....