

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Dane kandydata		
Imię:		
Nazwisko:		
Adres zamieszkania:		
Data urodzenia:		
Numer telefonu:		
Osoba prowadząca samodzielne gospodarstwo domowe i posiadająca problem z samodzielnym funkcjonowaniem*:	TAK	NIE
Osoba zamieszkująca wspólnie z osobami bliskimi i posiadająca problem z samodzielnym funkcjonowaniem*:	TAK	NIE

* właściwe podkreślić

INFORMACJA O PROBLEMACH W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU ZE WZGLĘDU NA STAN ZDROWIA:

Czy istnieje niepełnosprawność:

☐ tak, (jaka?):

.....

☐ nie

W jaki sposób kandydat przemieszcza się:

☐ osoba chodząca

☐ osoba chodząca z pomocą osób drugih

☐ z pomocą sprzętu rehabilitacyjnego typu kule ortopedyczne, balkonik

- ☐ na wózku inwalidzkim
- ☐ osoba leżąca

Słuch:

- ☐ dobry
- ☐ niedosłuch
- ☐ głuchota

Wzrok:

- ☐ dobry
- ☐ niedowidzenie
- ☐ osoba niewidoma

Sprawność umysłowa:

- ☐ dobra
- ☐ zaniki pamięci
- ☐ agresja
- ☐ depresja

Informacja o innych schorzeniach:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INFORMACJA O DOSTĘPNOŚCI SYGNAŁU TELEFONII KOMÓRKOWEJ:

- ☐ w moim miejscu zamieszkania jest stały zasięg telefonii komórkowej
- ☐ w moim miejscu zamieszkania jest utrudniony dostęp do telefonii komórkowej

Oświadczam, iż:

- a) podane do formularza zgłoszeniowego informacje są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/-a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.
- b) wyrażam wolę uczestnictwa w Programie,
- c) znam, rozumiem i spełniam wszystkie kryteria uczestnictwa uprawniające do udziału w Programie, o których mowa w Regulaminie,
- d) zostałem/-am poinformowany/-a o źródłach finansowania Programu,
- e) przystępując do Programu zapoznałem/-am się z zasadami przetwarzania danych osobowych i jestem świadomy/-a zakresu i celu przetwarzania jego danych osobowych oraz iż podanie danych osobowych jest niezbędne aby mógł wziąć udział w Programie,
- f) jest świadomy/-a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą,
- g) oświadczam, że zapoznałem/-am się z Regulaminem rekrutacji i udziału wraz z załącznikami, rozumiem i akceptuję jego zapisy i zobowiązuję się do ich przestrzegania,
- h) w moim miejscu zamieszkania stale dostępny jest sygnał telefonii komórkowej,
- i) nie ma żadnych przeszkód technicznych, które uniemożliwiałyby lub utrudniały świadczenie usług „opieki na odległość” na moją rzecz,
- j) nie ma żadnych przeciwwskazań medycznych do korzystania przez mnie z usług „opieki na odległość”,
- k) rozumiem zakres i zasady świadczenia usługi „opieki na odległość”.

.....
Podpis kandydata/opiekuna

Data przyjęcia zgłoszenia:

.....
Osoba przyjmująca zgłoszenie:

.....

