***Załącznik nr 1***

***do Regulaminu rekrutacji i udziału w Programie ,, Korpus Wsparcia Seniorów” na 2024 dla mieszkańców***

***Gminy Andrychów w zakresie usługi ,,opieki na odległość”***

**Andrychów, dnia ……………...…**

**Formularz zgłoszeniowy do Programu ,,Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2024**

**w formie tzw. ,,opieki na odległość”**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Dane Seniora** |
| Imię i Nazwisko |  |
| Adres zamieszkania |  |
| PESEL |  |
| Numer telefonu |  |
| Osoba Samotna  \* właściwe podkreślić | TAK  NIE |
| Osoba mieszkająca z osobami bliskimi  \* właściwe podkreślić | TAK  NIE |
| CHOROBA  \* właściwe podkreślić | TAK - podać ( opis schorzeń)  NIE |
| Osoba leżąca  \* właściwe podkreślić | TAK  NIE |
| Osoba samodzielnie wychodząca z domu  \* właściwe podkreślić | TAK  NIE |
| Osoba korzystająca z usług opiekuńczych  \* właściwe podkreślić | TAK  NIE |
| NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ  \* właściwe podkreślić | TAK – podać ( ustalony stopień niepełnosprawności)  NIE |
|  | **Dane opiekuna/ osoby zgłaszającej Uczestnika** |
| Imię i Nazwisko opiekuna |  |
| Numer telefonu |  |
| Czy jest opiekunem faktycznym kandydata  \* właściwe podkreślić | TAK  NIE |

Udział w programie jest całkowicie bezpłatny.

O przyjęciu do programu NIE decyduje kolejność zgłoszeń.

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że złożenie do Ośrodka Pomocy Społecznej w Andrychowie ,,Karty zgłoszenia” nie oznacza zapewnienia dostępu do tzw. ,,opaski bezpieczeństwa”, bowiem kwalifikacji do objęcia pomocą w formie ,,opieki na odległość” dokona tut. Ośrodek.

…………..……….....………………………………………………………..

**podpis seniora lub opiekuna prawnego**