

<b>Wypełnia osoba upoważniona przez Realizatora Programu</b>	Potwierdzenie złożenia wniosku (data wpływu)	Podpis osoby przyjmującej wniosek
--	--	-----------------------------------

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU W PROGRAMIE „KORPUS WSPARCIA SENIORÓW” na rok 2024**

Szanowna Pani/Szanowny Panie,

Wypełnienie i przekazanie niniejszego formularza jest niezbędne w celu właściwej realizacji usługi wsparcia w ramach teleopieki:

**I CZĘŚĆ- DANE OSOBOWE NIEZBĘDNE**

<b>I CZĘŚĆ – DANE UCZESTNIKA A</b>  (PROSZE WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)	<b>IMIĘ I NAZWISKO</b>		<b>PESEL</b>	
	<b>TELEFON KONTAKTOWY UŻYTKOWNIKA</b>			
	<b>ADRES STAŁEGO POBYTU UŻYTKOWNIKA</b>			

W związku z przystąpieniem do projektu realizowanego w ramach świadczenia usługi Teleopieki oświadczam, że wyrażam dobrowolnie i świadomie zgodę na kontakt ze mną ze strony Centrum Teleopieki w razie zgłoszenia przeze mnie nagłego pogorszenia zdrowia za pośrednictwem Teleopieki zgodnie z warunkami zawartej przeze mnie umowy uczestnictwa.

**II CZĘŚĆ- MINIMALNE WARUNKI UDZIAŁU**

**Proszę zaznaczyć X jeśli Pan/Pani spełnia poniższe kryteria.**

Aby zakwalifikować się do udziału w projekcie **MUSI** PAN/PANI SPEŁNIAĆ ŁĄCZNIE PONIŻSZE KRYTERIA WŁĄCZENIA:

- Mieszkam na terenie Gminy WIEPRZ
- Jestem osobą niesamodzielną, co oznacza niemożliwość wykonywania samodzielnie przynajmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.
- Jestem osobą powyżej 60 roku życia, liczonego w dniach, na dzień złożenia niniejszego formularza

**III CZĘŚĆ – PREFERENCYJNE WARUNKI UDZIAŁU**

- Jestem osobą z niepełnosprawnością, posiadającą odpowiednie orzeczenie lekarskie w tym zakresie
- Jestem osobą samotną, żyjącą w ramach jednoosobowego gospodarstwa domowego

- Jestem osobą powyżej 70 roku życia, liczonego w dniach, na dzień złożenia niniejszego formularza

#### IV CZĘŚĆ- OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że:

1. Wyrażam zgodę na realizację usługi Teleopieki, rozumiem jej cel i deklaruję chęć objęcia mnie niniejszą usługą;
2. Zapoznałam/zapoznałem się z Regulaminem rekrutacji i udziału w Programie wraz z załącznikami, rozumiem i akceptuję jego zapisy i zobowiązuję się do jego przestrzegania;
3. Spełniam kryteria kwalifikowalności, o których mowa w Regulaminie, uprawniające mnie do udziału w realizacji niniejszej usługi.

.....  
(data i podpis osoby składającej oświadczenie)

#### V CZĘŚĆ – DANE OSOBOWE DOBROWOLNE

Na obecnym etapie podanie przez Panią/Pana danych o stanie zdrowia jest dobrowolne, przy czym podanie tych danych może pomóc podnieść jakość realizowanych na Pani/Pana rzecz usług przez Centrum Teleopieki (dane osobowe podawane dobrowolnie).

Wzrost.....

Masa ciała.....

Standardowe ciśnienie skurczowe.....

Standardowe ciśnienie rozkurczowe.....

<p><b>I CZĘŚĆ – CHOROBY KANDYDAT A</b></p> <p>Obok proszę wpisać np. zdiagnozowane, przebyte i aktualne choroby, stopień niepełnosprawności, informacje o wszczepionych urządzeniach medycznych, inne informacje, które uzna Pani/Pan za istotne</p>		<p><b>II CZĘŚĆ – AKTUALNIE PRZYJMOWANE LEKI</b></p> <p>Obok proszę wpisać, jakie przyjmuje Pani/Pan leki zarówno na receptę, jak i bez recepty</p>	
--	--	--	--

#### INFORMACJE DODATKOWE

(np. szczególne warunki mieszkaniowe, informacje kto posiada klucze do mieszkania w sytuacji nagłej)

--

**VI CZĘŚĆ - OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA WSPARCIA W ZAKRESIE UDOSTĘPNIENIA DANYCH O STANIE ZDROWIA PRZEZ TELECENTRUM SWOJEMU OPIEKUNOWI (DLA KAŻDEGO OPIEKUNA OSOBNO)**

Wyrażam zgodę na przekazywanie wszelkich informacji o stanie mojego zdrowia i samopoczucia oraz na kontaktowanie się ze strony Telecentrum ze wskazanym przeze mnie Opiekunem we wszystkich sprawach związanych ze zgłoszeniem przeze mnie nagłego pogorszenia zdrowia za pośrednictwem Teleopieki.

<b>NAZWISKO I IMIĘ OPIEKUNA</b>	
<b>NUMER TELEFONU OPIEKUNA</b>	
<b>ADRES E-MAIL OPIEKUNA (potrzebny do założenia aplikacji)</b>	

<b>NAZWISKO I IMIĘ OPIEKUNA</b>	
<b>NUMER TELEFONU OPIEKUNA</b>	
<b>ADRES E-MAIL OPIEKUNA (potrzebny do założenia aplikacji)</b>	

.....  
**(data i podpis osoby składającej oświadczenie)**