**Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji  
 oraz udziału w Module II Programu  
 „ Korpus Wsparcia Seniorów”  
 na rok 2025 w Gminie Głowno**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UDZIAŁU W MODULE II PROGRAMU   „OPIEKA NA ODLEGŁOŚĆ”**  **Realizowanego w ramach Programu „ Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2025** | | | |
| **DATA, GODZINA WPŁYWU WNIOSKU: ( WYPEŁNIA GOPS W GŁOWNIE)** | | | |
| DANE OSOBOWE KANDYTDATA: | | | |
| Imiona: | | Nazwisko: | |
| PESEL: | | Wiek w chwili przystąpienia do Programu: | |
| Data urodzenia: | | Adres e-mail (opcjonalnie): | |
| Telefon kontaktowy 1: | | Telefon kontaktowy 2: | |
| **ADRES ZAMIESZKANIA KANDYDATA:** | | | |
| Miejscowość: | | | |
| 1. Kod pocztowy: | 1. Numer domu: | | 1. Województwo: |
| **KRYTERIA WARUNKUJĄCE UDZIAŁ W PROGRAMIE : proszę zaznaczyć X jeśli Pan/Pani spełnia poniższe kryteria**  Aby zakwalifikować się do udziału w Programie musi Pan/Pani spełnić poniższe kryteria: | | | |
| * Mieszkam na terenie administracyjnym Gminy Głowno | | | |
| * Jestem osobą w wieku 60 lat i więcej , liczonego w dniach na dzień złożenia niniejszego formularza | | | |
| * Mam problemy z samodzielnym funkcjonowaniem ze względu na stan zdrowia / prowadzę samodzielne gospodarstwo domowe/mieszkam z osobami bliskimi, które nie są w stanie zapewnić mi wystarczającego wsparcia | | | |
| **KRYTERIA PREMIUJĄCE:** proszę zaznaczyć X jeśli Pan/Pani spełnia poniższe kryteria ( 10 pkt. Za każde dodatkowe kryterium): | | | |
| * Jestem osoba samotną lub osoba samotnie gospodarującą | | | |
| * Jestem osoba w wieku 70+ , liczonego w dniach na dzień złożonego niniejszego formularza | | | |
| * Jestem osoba z niepełnosprawnością, posiadającą odpowiednie orzeczenie lekarskie, w tym zakresie ( co najmniej umiarkowany stopień niepełnosprawności) | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OSOBA DO KONTAKTU 1:** | | | | | | | |
| Imię i nazwisko: |  | | Pokrewieństwo |  | | | |
| Numer telefonu: |  | | Czy posiada klucz: | TAK | | NIE | |
| Adres zamieszkania: | | | | | | | |
| **OSOBA DO KONTAKTU 2:** | | | | | | | |
| Imię i nazwisko: | |  | Pokrewieństwo | |  | | |
| Numer telefonu: | |  | Czy posiada klucz: | | TAK | | NIE |
| Adres zamieszkania: | | | | | | | |
| **OŚWIADCZENIE KANDYDATA:** | | | | | | | |
| Oświadczam, że:   1. Wyrażam zgodę na udział w Programie „ Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2025- Moduł II, rozumiem jego cel i deklaruję chęć uczestnictwa w nim. Spełniam kryteria kwalifikujące , o których mowa w Regulaminie , uprawniające mnie do udziału w w/w Programie. 2. Zapoznałam/ zapoznałem się z Regulaminem rekrutacji i udziału w Programie wraz z załącznikami, rozumiem i akceptuję jego zapisy i zobowiązuje się do jego przestrzegania. 3. Dane osobowe i pozostałe informacje podane przeze mnie w niniejszym Formularzu zgłoszeniowym odpowiadają stanowi faktycznemu i są zgodne z prawdą. Mam świadomość odpowiedzialności karnej wynikającej z treści z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, o której zastałam /em pouczony i pouczenie to zrozumiałam/em. 4. Zapoznałam / zapoznałem się z załączoną poniżej klauzulą informacyjną odnoszącą się do przetwarzania moich danych osobowych i wyrażam zgodę na jej postanowienia. | | | | | | | |

…..……………………………………………………………………  
 ( data i czytelny podpis Kandydata/ Kandydatki)