**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)