**Karta zgłoszenia do Programu**

**„Korpus Wsparcia Seniorów”– na rok 2022**

**Moduł -II, tzw. „ opieka na odległość”**

**I. Dane uczestnika Programu:**

1. Imię i nazwisko: …………………………………………...................................................……….….

2. Adres: …………………………….…...................…….................………............................................

3. Telefon kontaktowy:……………………..………………………………………………….…………

4. Data urodzenia/wiek:………………...………………………………………………………………...

5. Grupa/stopień niepełnosprawności: ……………………………………………………………………………………………………………

6. Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności:

1. dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowo – rdzeniowa)
2. dysfunkcja narządu wzroku
3. zaburzenia psychiczne
4. dysfunkcje o podłożu neurologicznym
5. dysfunkcja narządu mowy i słuchu
6. pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne
7. inne…………………………………………………………………………………………………

7. Czy w przedziale ostatnich 3 m-cy przeszedł/ła Pan/Pani zabieg medyczny ?

* **Tak**
* **Nie**

8. Czy porusza się Pan(i): (odpowiednie zaznaczyć krzyżykiem):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * **W domu**
 | * samodzielnie
 | * z pomocą sprzętów ortopedycznych itp.
 | * nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych
 |
| * **poza miejscem zamieszkania**
 | * samodzielnie
 | * z pomocą sprzętów ortopedycznych itp.
 | * nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych
 |

**II. ŚRODOWISKO:**

1. Z kim Pan(i) prowadzi gospodarstwo domowe?
	* samotnie
	* z żoną/z mężem
	* z rodziną np.: dzieci, wnuki, rodzeństwo
	* z partnerem/ką

**III. DOTYCHCZAS OTRZYMYWANA POMOC:**

1. Czy do tej pory korzystał(a) Pan(i) z innych form wsparcia? **Tak**[ ] **/Nie**[ ]
2. Jeśli tak, to proszę wskazać, z jakich i przez kogo realizowanych: …………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………

**dopytać jaka instytucja: np. MOPS- usługa opiekuńcza, prywatnie opłacana osoba itp.**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**IV. Oświadczenia:**

1. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Korpus Wsparcia Seniorów” – na rok 2022 (zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE. L. 119, z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.) oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).
2. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Korpus Wsparcia Seniorów” – na rok 2022.

Miejscowość ………………………………., data ……………….

..…………………………………………………………………….

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

………………………………………………………………..…….

(podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

\*Do Karty zgłoszenia do Programu „ „Korpus Wsparcia Seniorów” – na rok 2022” – należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych jeżeli osoba zgłaszająca je posiada.