

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY – MODUŁ II

PROGRAM „KORPUS WSPARCIA SENIORÓW” NA ROK 2024
realizowany przez Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Opocznie

Dane uczestnika Programu:

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

PESEL:

Numer telefonu:

Dane opiekuna bądź osoby z rodziny:

Imię i nazwisko

Numeru telefonu

Kryteria kwalifikujące do udziału w Programie:*

*** proszę zaznaczyć właściwe pole**

- ☐ oświadczam, że jestem osobą mającą 60 lat lub więcej, mającą problemy z samodzielnym funkcjonowaniem ze względu na stan zdrowia prowadzącą samodzielne gospodarstwo domowe
- ☐ oświadczam, że jestem osobą mającą 60 lat lub więcej, mającą problemy z samodzielnym funkcjonowaniem ze względu na stan zdrowia, mieszkającą z osobami bliskimi, które nie są w stanie zapewnić mi wystarczającego wsparcia

I CZĘŚĆ – CHOROBY UCZESTNIKA		II CZĘŚĆ – AKTUALNIE PRZYJMOWANE LEKI	
---	--	--	--

DODATKOWE INFORMACJE:

Wzrost.....

Masa ciała

Standardowe ciśnienie skurczowe

Standardowe ciśnienie rozkurczowe

Niniejszym deklaruję udział w Programie „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2024 w Gminie Opoczno.

Oświadczam, że podane do formularza zgłoszeniowego informacje są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Oświadczam, że zapoznałam/em się, akceptuję oraz zobowiązuję się przestrzegać program osłonowy wprowadzony Uchwałą Rady Miejskiej w Opocznie z dnia 29 stycznia 2024 r. oraz Regulaminu rekrutacji i udziału w Programie „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2024 - Moduł II.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis uczestnika Programu)