



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROGRAMU „KORPUS WSPARCIA SENIORÓW” NA ROK 2024

Imię i Nazwisko.....

Data urodzenia.....

Pesel

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania.....

Kod pocztowy.....

Telefon kontaktowy.....

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w HRUBIESZOWIE

1. Kryteria kwalifikujące do udziału w Programie:

- mieszkam w Gminie Miejskiej Hrubieszów
- jestem osobą w wieku 60 lat i więcej
- jestem osobą prowadzącą samodzielne gospodarstwo domowe, mam problemy z samodzielnym funkcjonowaniem ze względu na stan zdrowia
- jestem osobą mieszkającą z osobami bliskimi, które nie są w stanie zapewnić mi wystarczającego wsparcia

2. Opiekun faktyczny lub osoba zgłaszająca Uczestnika

Imię i nazwisko.....

Numer telefonu.....

Czy jest opiekunem faktycznym kandydata

tak

nie

OŚWIADCZENIE*

- wyraża wolę uczestnictwa w Programie;
- zna, rozumie i spełnia wszystkie kryteria uczestnictwa uprawniające do udziału w Programie, o których mowa w Regulaminie;
- został poinformowany o źródłach finansowania Programu,
- przystępując do Programu wyraża zgodę na przetwarzanie jego danych osobowych wskazanych w formularzu rekrutacyjnym, jest świadomy zakresu i celu przetwarzania jego danych osobowych zgodnie z Regulaminem (§11) oraz iż podanie danych osobowych jest niezbędne aby mógł wziąć udział w Programie;
- jest świadomy odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.



.....
podpis kandydata w przypadku zgłoszenia osobistego

lub opiekuna prawnego

Data wpływu do MOPS