Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej

ul. Słowackiego 3a

76-004 Sianów

WNIOSEK O UDZIELENIE WSPARCIA W PROGRAMIE

“KORPUS WSPARCIA SENIORÓW W GMINIE SIANÓW - EDYCJA 2023

**I. Dane osobowe uczestnika Programu**

\*Imię i nazwisko: ……………………….……………………………………………………….
 Imię i nazwisko opiekuna prawnego : …………………………………………………………

Data urodzenia: …………………………………………...……………………………………..

adres zamieszkania: ………….………………………………………………………………...

\*numer telefonu: …………….…………………………………………………………………..
 numer telefonu opiekuna prawnego: ……………………………………...……………………

 email: ………………….……………………………………………………………………….

**II. Jestem osobą samotnie zamieszkującą**

□ tak

□ nie

**III. Korzystałam/łem już z wsparcia programu Korpus Wsparcia Seniorów – edycja 2023**

□ nie

□ tak, jeśli tak, proszę wymienić rodzaj wsparcia……………………………………………..
………………………… ………………………………………………………………………..

**IV. Wybrane formy wsparcia:**

□ WSPARCIE SPOŁECZNE - np.: wspólne spędzanie czasu, spacery, rozmowy, wspólne przyrządzanie posiłków

□ WSPARCIE W CZYNNOŚCIACH DNIA CODZIENNEGO – min. pomoc w sprawach związanych z utrzymaniem porzadku w domu, pomoc w zakupach, okolicznościowe paczki z artykułami żywnościowymi i higienicznymi, wsparcie/pomoc w umawianiu wizyt lekarskich,, realizacji recept, dowiezienie/pomoc w organizacji na wizytę, pomoc w załatwieniu prostych spraw urzedowych, pomoc świadczona przez osoby mieszkajace w najbliższym sąsiedztwie tzw. pomoc sąsiedzka

□ KORZYSTANIE Z TZW OPIEKI NA ODLEGŁOŚĆ - opaska bezpieczeństwa

**V. Oświadczenia:**

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Programu Osłonowego “Korpus Wsparcia Seniorów w Gminie Sianów – edycja 2023”

2. Oświadczam, że wyrażam zgodnę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych
w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu Osłonowego “Korpus Wsparcia Seniorów w Gminie Sianów – edycja 2023”

…………….……………………… …………………………………….

(miejscowość, data) \*\*(podpis uczestnika Programu)

\* W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej należy wpisać także dane opiekuna prawnego.
\*\* W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej podpis opiekuna prawnego.

 ….……………..………….……………………….

(data i podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)