

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
dla uczestników wsparcia dziennego
w DZIENNYM DOMU „SENIOR+” W PAŁECZNICY
w ramach Programu Wieloletniego „Senior+ na lata 2021-2025**

DANE OSOBOWE KANDYDATKI/KANDYDATA DO UCZESTNICTWA W PROJEKCIE			
Imię (imiona) i nazwisko			
Data urodzenia		Miejsce urodzenia	
Obywatelstwo		Płeć	
PESEL			
Posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Symbol i stopień niepełnosprawności	
ADRES ZAMIESZKANIA¹			
Ulica			
Numer domu		Numer lokalu	
Miejscowość		Kod pocztowy	
Gmina		Powiat	
Województwo		obszar miejski/wiejski	
Telefon			
Adres email			

¹Miejscem zamieszkania osoby fizycznej zgodnie z art. 25 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964r. – kodeks cywilny (Dz. Ust. Nr 16, poz. 93. z późn. zm.) jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.

OŚWIADCZENIA OBOWIĄZKOWE

należy zaznaczyć odpowiednie pola zgodnie ze stanem faktycznym

Kryteria rekrutacji - oświadczenie uczestnika	Niewłaściwe skreślić
Kryteria formalne/ obligatoryjne – weryfikacja na podstawie okazanych dokumentów podczas rekrutacji	
zamieszkiwanie na terenie powiatu proszowickiego	TAK/NIE
wiek powyżej 60 roku życia	TAK/NIE
niesamodzielność ze względu na podeszły wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność, wymaganie opieki lub wsparcia w związku z niemożnością wykonywania co najmniej z podstawowych czynności dnia codziennego	TAK/NIE
możliwość korzystania z usług usprawniająca – aktywizujących placówki potwierdzona zaświadczeniem lekarskim	TAK/NIE

Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym i równocześnie zobowiązuję się poinformować **DZIENNY DOM SENIOR+ W PAŁECZNICY** w sytuacji zmiany jakichkolwiek danych

.....
i data

..... Miejscowość
Podpis kandydata/opiekuna prawnego

Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z Regulaminem **DZIENNY DOM SENIOR+ W PAŁECZNICY** oraz akceptuję jego zapisy oraz zobowiązuję się do jego przestrzegania

.....
i data

..... Miejscowość
Podpis kandydata/opiekuna prawnego

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
potwierdzające możliwość/wskazanie do korzystania z usług
usprawniająco – aktywizujących placówki dziennej opieki

Pan/Pani

.....
(imię i nazwisko)

numer PESEL

.....
(adres zamieszkania)

Czy występują przeciwwskazania do pozostawania pod opieką placówki dziennej
opieki dla osób 60+ .

TAK

NIE

zaznaczyć X właściwe pole

Dopuszczalne formy usprawniania ruchowego:

Ewentualne ograniczenia.....

Najważniejsze informacje o stanie zdrowia mające znaczenia dla prowadzenia działań
terapeutycznych i opiekuńczych przez personel placówki lub w sytuacji zagrożenia życia bądź
zdrowia:

.....
.....
(pieczęćka i podpis lekarza)