

**Formularz zgłoszeniowy do Programu
„Teleopieka dla mieszkańców Gminy Brzozów na rok 2024”**

Data i godzina wpływu formularza	data..... <small>godz.</small>
Wiek w dniu złożenia formularza zgłoszeniowego	
Zamieszkanie na terenie Gminy Brzozów	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>

Dane osobowe kandydata/kandydatki do uczestnictwa w Programie			
Nazwisko		Imię	
PESEL			

Adres zamieszkania			
Gmina		Kod pocztowy	
Miejscowość		Ulica	
Numer domu		Numer mieszkania	
Numer telefonu		Adres e-mail	

Adres do korespondencji <i>(należy wypełnić w przypadku, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania)</i>			
Gmina		Kod pocztowy	
Miejscowość		Ulica	
Numer domu		Numer mieszkania	

Dane opiekuna prawnego - w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej			
Nazwisko	<input type="text"/>	Imię	<input type="text"/>
Numer telefonu	<input type="text"/>	Adres zamieszkania	<input type="text"/>

Sytuacja rodzinna kandydata/ kandydatki – przy właściwej odpowiedzi należy wpisać X	
Jestem osobą samotnie zamieszkującą	<input type="checkbox"/>
Jestem osobą zamieszkującą wspólnie z rodziną, ale przebywam samotnie przez więcej niż 8 godzin dziennie	<input type="checkbox"/>
Jestem osobą zamieszkującą wspólnie z rodziną, wspólnie zamieszkujący dorośli członkowie rodziny to osoby pracujące	<input type="checkbox"/>
Jestem osobą zamieszkującą wspólnie z chorym członkiem rodziny, który wymaga opieki	<input type="checkbox"/>
Sytuacja zdrowotna kandydata/ kandydatki – przy właściwej odpowiedzi należy wpisać X	
<i>* osoby posiadające orzeczenie o stopniu niepełnosprawności zobowiązane są do dołączenia do formularza dokumentu potwierdzającego orzeczenie o posiadanym stopniu niepełnosprawności</i>	
Jestem osobą, nie posiadającą orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, mającą problemy z samodzielnym funkcjonowaniem z uwagi na stan zdrowia	<input type="checkbox"/>
Jestem osobą, w stosunku do której orzeczono lekki stopień niepełnosprawności	<input type="checkbox"/>
Jestem osobą, w stosunku do której orzeczono umiarkowany stopień niepełnosprawności	<input type="checkbox"/>
Jestem osobą, w stosunku do której orzeczono znaczny stopień niepełnosprawności	<input type="checkbox"/>
Sytuacja dochodowa kandydata/ kandydatki – przy właściwej odpowiedzi należy wpisać X	
Miesięczny dochód netto (w miesiącu poprzedzającym złożenie Formularza zgłoszeniowego) nie przekracza 220% kryterium dochodowego, czyli jest niższy niż 1707,20 zł dla osoby samotnie gospodarującej oraz 1320,00 zł dla osoby gospodarującej z rodziną (zgodnie z Ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej)	<input type="checkbox"/>
Miesięczny dochód netto (w miesiącu poprzedzającym złożenie Formularza zgłoszeniowego) przekracza 220% kryterium dochodowego, czyli jest wyższy niż 1707,20 zł dla osoby samotnie gospodarującej oraz 1320,00 zł dla osoby gospodarującej z rodziną (zgodnie z Ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej)	<input type="checkbox"/>

Kryteria podstawowe – przy właściwej odpowiedzi należy wpisać X

* Uwaga: w przypadku chociaż jednej odpowiedzi negatywnej Formularz zgłoszeniowy nie podlega dalszej ocenie

W moim miejscu zamieszkania stale dostępny jest sygnał telefonii komórkowej	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Nie ma żadnych przeszkód technicznych, które uniemożliwiałyby lub utrudniałyby świadczenie usług teleopiekuńczych	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Nie ma żadnych przeciwwskazań medycznych do korzystania przeze mnie z usług teleopiekuńczych	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>

Oświadczenia obowiązkowe

Dane zawarte w niniejszym Formularzu zgłoszeniowym są prawdziwe i aktualne.

Jestem świadoma/y odpowiedzialności za podanie nieprawdziwych danych, w tym odpowiedzialności karnej na podstawie art. 233 § 1 Kodeksu Karnego.

Zobowiązuję się niezwłocznie poinformować o wszelkich zmianach danych zawartych w niniejszym Formularzu zgłoszeniowym.

Oświadczam, że zapoznałam/łem się z Regulaminem świadczenia usług teleopiekuńczych w ramach Programu „Teleopieka dla potrzebujących mieszkańców Gminy Brzozów”.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów związanych z prowadzeniem procesu rekrutacji kandydatów do Programu

.....
miejsceowość i data

.....
podpis wnioskodawcy/
przedstawiciela ustawowego