

**Formularz zgłoszeniowy do Programu
„Realizacja usług opiekuńczych poprzez dostęp do tzw. „opieki na odległość” – Korpus
Wsparcia Seniora na rok 2026”**

Data i godzina wpływu formularza	data..... roku
Wiek w dniu złożenia formularza zgłoszeniowego	
Zamieszkanie na terenie Gminy Brzozów	tak ☐ nie ☐

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		Imię	
Numer telefonu		Adres zamieszkania	

Sytuacja rodzinna kandydata/ kandydatki – przy właściwej odpowiedzi należy wpisać X	
Jestem osobą samotnie zamieszkującą	☐
Jestem osobą zamieszkującą wspólnie z rodziną, ale przebywam samotnie przez więcej niż 8 godzin dziennie	☐
Jestem osobą zamieszkującą wspólnie z rodziną, wspólnie zamieszkujący dorośli członkowie rodziny to osoby pracujące	☐
Jestem osobą zamieszkującą wspólnie z chorym członkiem rodziny, który wymaga opieki	☐
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	☐
Jestem osobą, w stosunku do której orzeczono lekki stopień niepełnosprawności	☐
Jestem osobą, w stosunku do której orzeczono umiarkowany stopień niepełnosprawności	☐
Jestem osobą, w stosunku do której orzeczono znaczny stopień niepełnosprawności	☐
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 2222,00 zł dla osoby samotnie gospodarującej oraz 1810,60 zł dla osoby gospodarującej z rodziną (zgodnie z Ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej)	☐
Miesięczny dochód netto (w miesiącu poprzedzającym złożenie Formularza zgłoszeniowego) przekracza 220% kryterium dochodowego, czyli jest wyższy niż 2222,00 zł dla osoby samotnie gospodarującej oraz 1810,60 zł dla osoby gospodarującej z rodziną (zgodnie z Ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej)	☐

społecznej)	
-------------	--

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 ☐ nie ☐
Nie ma żadnych przeszkód technicznych, które uniemożliwiałyby lub utrudniałyby świadczenie usług teleopiekuńczych	tak ☐ nie ☐
Nie ma żadnych przeciwwskazań medycznych do korzystania przeze mnie z usług teleopiekuńczych	tak ☐ nie ☐

Oświadczenia obowiązkowe
<i>Dane zawarte w niniejszym Formularzu zgłoszeniowym są prawdziwe i aktualne.</i>
<i>Jestem świadoma/y odpowiedzialności za podanie nieprawdziwych danych, w tym odpowiedzialności karnej na podstawie art. 233 § 1 Kodeksu Karnego.</i>
<i>Zobowiązuję się niezwłocznie poinformować o wszelkich zmianach danych zawartych w niniejszym Formularzu zgłoszeniowym.</i>
<i>Oświadczam, że zapoznałam/łem się z Regulaminem świadczenia usług teleopiekuńczych w ramach Programu „Realizacja usług opiekuńczych poprzez dostęp do tzw. „opieki na odległość” – Korpus Wsparcia Seniora na rok 2025”</i>
<i>Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów związanych z prowadzeniem procesu rekrutacji kandydatów do Programu</i>

.....
 miejscowość i data

.....
 podpis wnioskodawcy/
 przedstawiciela ustawowego