Załącznik nr 1   
do Regulaminu rekrutacji i udziału   
w Programie „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2024

**KARTA ZGŁOSZENIOWA**

**DANE OSOBOWE:**

Nazwisko i imię: ..................................................................................................................................... Adres zamieszkania: .................................................................................................................................  
PESEL: ....................................................................................................................................................... Data urodzenia: ........................................................................................................................................

Numery telefonów:   
- stacjonarnego …………………………………………………………..  
- komórkowego …………………………………………………………..

**SYTUACJA RODZINNA:**

osoba samotnie zamieszkująca

osoba zamieszkująca wspólnie z rodziną/znajomymi

**DANE OSÓB, Z KTÓRYMI NALEŻY SKONTAKTOWAĆ SIĘ W SYTUACJI WYSTĄPIENIA ZAGROŻENIA – CELEM POINFORMOWANIA O KONIECZNOŚCI PODJĘCIA INTERWENCJI LUB W CELU UDZIELENIA INFORMACJI O ZAISTNIAŁEJ SYTUACJI:**

1.

Nazwisko i imię: ........................................................................................................................................  
Numer telefonu: .......................................................................................................................................

Wyżej wymieniona osoba jest:

członkiem rodziny

sąsiadem/znajomym

2.

Nazwisko i imię: ........................................................................................................................................  
Numer telefonu: .......................................................................................................................................

Wyżej wymieniona osoba jest:

członkiem rodziny

sąsiadem/znajomym

**SYTUACJA MIESZKANIOWA:**

Rodzaj lokalu:

mieszkanie – piętro: …………………….., kod do domofonu: ……………………..

dom wolnostojący

segment

Kto posiada klucze do mieszkania/domu:

Nazwisko i imię: ........................................................................................................................................  
Adres zamieszkania: ..................................................................................................................................  
Numer telefonu: .......................................................................................................................................  
  
**SYTUACJA ZDROWOTNA:**

Czy istnieje niepełnosprawność:   
 tak, (jaka?): ......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................   
 nie

**Dane przychodni POZ:**Nazwa oraz adres przychodni POZ …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  
Numer telefonu do rejestracji POZ ……………………………………………………………………………………………………………  
Imię i nazwisko lekarza POZ ……………………………………………………………………………………………………………

**W jaki sposób osoba (Pani/Pan), ubiegająca się o wsparcie, przemieszcza się:** osoba chodząca   
 osoba chodząca z pomocą osób drugich   
 z pomocą sprzętu rehabilitacyjnego typu kule ortopedyczne, balkonik  
 na wózku inwalidzkim   
 osoba leżąca

**Informacje dodatkowe dotyczące stanu zdrowia osoby, ubiegającej się o wsparcie, tj.:**A. Słuch:   
 dobry   
 niedosłuch   
 głuchota

B. Wzrok:   
 dobry   
 niedowidzenie   
 osoba niewidoma

C. Sprawność umysłowa:   
 dobra   
 zaniki pamięci   
 agresja   
 depresja   
Informacja o schorzeniach: ...............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Przyjmowane leki:   
………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

***Oświadczam, iż zostałam/łem poinformowana/ny, że informacje zawarte w niniejszej Karcie zgłoszeniowej będą przetwarzane w zakresie niezbędnym do realizacji usług teleopieki. Podanie w/w informacji jest dobrowolne, jednak ich brak uniemożliwia zakwalifikowanie mnie do udziału w Programie.***

Nakło Śląskie, dn. …………………… ………………….……………………………………….  
 (podpis osoby zgłaszającej się do udziału w Programie)