



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

| <b>DANE OSOBOWE KANDYDATKI/KANDYDATA<br/>DO UCZESTNICTWA W PROJEKCIE</b> |                              |                                     |  |
|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|--|
| Imię (imiona) i nazwisko                                                 |                              |                                     |  |
| Data urodzenia                                                           |                              | Miejsce urodzenia                   |  |
| Obywatelstwo                                                             |                              | Płeć                                |  |
| PESEL                                                                    |                              |                                     |  |
| Posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności                               | Tak <input type="checkbox"/> | Symbol i stopień niepełnosprawności |  |
|                                                                          | Nie <input type="checkbox"/> |                                     |  |
| <b>ADRES ZAMIESZKANIA<sup>1</sup></b>                                    |                              |                                     |  |
| Ulica                                                                    |                              |                                     |  |
| Numer domu                                                               |                              | Numer lokalu                        |  |
| Miejscowość                                                              |                              | Kod pocztowy                        |  |
| Gmina                                                                    |                              | Powiat                              |  |
| Województwo                                                              |                              | obszar miejski/wiejski              |  |
| Telefon                                                                  |                              |                                     |  |
| Adres email                                                              |                              |                                     |  |

<sup>1</sup>Miejscem 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<br>skreślić |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| Kryteria formalne/ obligatoryjne – weryfikacja na podstawie okazanych dokumentów podczas rekrutacji                                                                                                        |                         |
| zamieszkiwanie na terenie powiatu tomaszowskiego                                                                                                                                                           | TAK/NIE                 |
| wiek powyżej 60 roku życia                                                                                                                                                                                 | TAK/NIE                 |
| niesamodzielnosc ze wzgledu na podeszly 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 GRODYŚLAWICACH w sytuacji zmiany jakichkolwiek danych

.....  
i data

..... Miejscowość  
Podpis kandydata/opiekuna prawnego

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

.....  
i data

..... Miejscowość  
Podpis kandydata/opiekuna prawnego