

.....
Imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania

.....
PESEL

.....
telefon/adres e-mail

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROGRAMU

Ja niżej podpisana/y zgłaszam potrzebę i chęć skorzystania z usług teleopieki w ramach Programu „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2023 Moduł II realizowanego przez Gminę Szczecinek – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Szczecinku na podstawie uchwały nr LXI/721/2023 Rady Gminy Szczecinek z dnia 30 marca 2023 r. w sprawie przyjęcia Programu osłonowego wsparcia seniorów z terenu Gminy Szczecinek w ramach Programu „Korpus Wsparcia Seniorów na rok 2023” - Moduł II (Dz. Urz. Woj. Zachodniopomorskiego z 2023 r., poz. 2137).

Oświadczam, że*: (odpowiednie zaznaczyć znakiem X)

1. Mieszkam na terenie gminy Szczecinek pod adresem wskazanym we wniosku
2. Ukończyłam/łem 65 rok życia
3. Jestem osobą zamieszkującą samotnie
4. Jestem osobą zamieszkującą z innymi osobami, które nie są w stanie zapewnić mi wystarczającego wsparcia
5. Mam problemy z samodzielnym funkcjonowaniem ze względu na stan zdrowia

jakie:

.....
.....
.....
.....

Dane zawarte we wniosku są prawdziwe i aktualne oraz jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych oświadczeń.

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

Oświadczam, że zapoznałam/łem się z Regulaminem rekrutacji i udziału w Programie „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2023 Moduł II - Świadczenie usługi opieki na odległość na rzecz osób starszych - mieszkańców gminy Szczecinek w wieku 65 lat i więcej.

.....
data i podpis wnioskodawcy/opiekuna prawnego

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych uczestnika programu

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych podanych w formularzu zgłoszeniowym na potrzeby prowadzonej rekrutacji do Programu „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2023 Moduł II - Świadczenie usługi opieki na odległość na rzecz osób starszych - mieszkańców gminy Szczecinek w wieku 65 lat i więcej, którego realizatorem jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Szczecinku oraz na przekazanie moich danych Wykonawcy usługi:

- 1) Locon Sp. z o. o, ul. Tama Pomorzańska 1, 70-030 Szczecin,
- 2) Centrum Telemedyczne EkoMedica, ul. Moniuszki 26A, 41-902 Bytom

dla celów rejestracji w systemie telemedycznym i zaprogramowania opaski.

.....
(miejsce i data)

.....
(podpis wnioskodawcy/opiekuna prawnego)