

.....  
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 2026 Moduł II realizowanego przez Gminę Szczecinek – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Szczecinku na podstawie uchwały nr XXXI/235/2026 Rady Gminy Szczecinek z dnia 27 lutego 2026 r. w sprawie przyjęcia Programu osłonowego wsparcia seniorów z terenu Gminy Szczecinek w ramach Programu „Korpus Wsparcia Seniorów na rok 2026” - Moduł II (Dz. Urz. Woj. Zachodniopomorskiego z 2026 r., poz. 1051).

**Oświadczam, że\*:** (odpowiednie zaznaczyć znakiem X)

1. Posiadam miejsce zamieszkania na terenie gminy Szczecinek pod wyżej wskazanym adresem
2. Ukończyłam/łem 60 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 2026 Moduł II - Świadczenie usługi opieki na odległość na rzecz osób starszych - mieszkańców gminy Szczecinek w wieku 60 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 2024 Moduł II - Świadczenie usługi opieki na odległość na rzecz osób starszych - mieszkańców gminy Szczecinek w wieku 60 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.

.....  
(miejsowość i data)

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