



**FORMULARZ ZGŁOSZENIA DO UDZIAŁU W PROGRAMIE
„KORPUS WSPARCIA SENIORÓW” Moduł II**

Dane osobowe	
Imię i nazwisko:	
Adres zamieszkania:	
Data urodzenia/wiek:	
Nr telefonu:	
Informacje o orzeczeniu o stopniu niepełnosprawności:	Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (umiarkowanym lub znacznym albo równoważnym) <input type="checkbox"/> Tak - na stałe - okresowe (do kiedy?) <input type="checkbox"/> Nie
Sytuacja rodzinna:	
<input type="checkbox"/> osoba samotnie zamieszkująca <input type="checkbox"/> osoba zamieszkująca z innymi osobami	
Sytuacja zdrowotna:	
<input type="checkbox"/> osoba poruszająca się samodzielnie <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się przy pomocy sprzętu rehabilitacyjnego (kule, balkonik, <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się z pomocą osób drugih <input type="checkbox"/> osoba leżąca <input type="checkbox"/> osoba niedowidząca <input type="checkbox"/> osoba niedosłysząca <input type="checkbox"/> osoba używająca aparatu słuchowego <input type="checkbox"/> osoba o dobrej sprawności umysłowej <input type="checkbox"/> osoba z zanikami pamięci <input type="checkbox"/> osoba agresywna <input type="checkbox"/> osoba z depresją <input type="checkbox"/> inne powody niesamodzielności / informacja o innych schorzeniach	



Informacja o dostępności sygnału telefonii komórkowej:

- stały zasięg telefonii komórkowej w miejscu zamieszkania Kandydata
 utrudniony dostęp do telefonii komórkowej w miejscu zamieszkania Kandydata

Dane Opiekuna Faktycznego / osoby zgłaszającej Uczestnika
(w wypadku gdy zgłoszenia Kandydat nie dokonuje osobiście)

Imię:		
Nazwisko:		
Czy jest opiekunem faktycznym Kandydata	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Nr telefonu		

.....
(data i podpis)