

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY – MODUŁ II

PROGRAM „KORPUS WSPARCIA SENIORÓW” NA ROK 2024

Imię i nazwisko seniora:.....

Adres zamieszkania seniora:.....

Numer telefonu seniora:

(możliwość podania numeru telefonu do opiekuna bądź osoby z rodziny)

Data urodzenia seniora:.....

Pesel:.....

Kryteria kwalifikujące do udziału w Programie:*

*** proszę zaznaczyć właściwe x w kratce**

- ☐ jestem osobą samotną
- ☐ jestem osobą mieszkającą z osobami bliskimi, które nie są w stanie zapewnić mi wystarczającego wsparcia
- ☐ jestem osobą z problemami związanymi z samodzielnym funkcjonowaniem ze względu na stan zdrowia
- ☐ po przebytych zabiegach
- ☐ orzeczony stopień niepełnosprawności
- ☐ inne (jakie?).....

Niniejszym deklaruje udział w Programie „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2024 w gminie Karsin

.....

(miejscowość, data)

.....

(podpis wnioskodawcy-senior
lub opiekuna prawnego)



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

