

Wypełnia osoba upoważniona przez Realizatora Programu	Data i godzina wpływu		Numer wniosku		Podpis osoby przyjmującej wniosek	
---	-----------------------	--	---------------	--	-----------------------------------	--

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE PN. „TELEOPIEKA DLA ŁÓDZKICH SENIORÓW” W RAMACH PROGRAMU „KORPUS WSPARCIA SENIORÓW”

I CZĘŚĆ-DANE UCZESTNIKA

I CZĘŚĆ – DANE UCZESTNIKA (PROSZE WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)	IMIĘ I NAZWISKO			
	PESEL		WIEK	
	TELEFON KONTAKTOWY			
	TELEFON KONTAKTOWY 2		E-MAIL (jeśli posiadasz)	
	ADRES ZAMIESZKANIA			

MINIMALNE WARUNKI UDZIAŁU

Proszę zaznaczyć X jeśli Pan/Pani spełnia poniższe kryteria.

Aby przystąpić do procesu kwalifikacyjnego udziału w projekcie **MUSI** PAN/PANI SPEŁNIAĆ ŁĄCZNIE 3 PONIŻSZE KRYTERIA WŁĄCZENIA:

- ☐ Mieszkam na terenie Miasta Łodzi
- ☐ Jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, co oznacza niemożliwość wykonywania samodzielnie przynajmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego (np. przygotowywanie i spożywanie posiłków, poruszanie się, wychodzenie z domu, ubieranie/rozbieranie, higiena osobista, kontrolowanie czynności fizjologicznych itp.)
- ☐ Jestem osobą powyżej 60 roku życia, na dzień złożenia niniejszego formularza

PREFERENCYJNE WARUNKI UDZIAŁU

- ☐ Jestem osobą prowadzącą samodzielne gospodarstwo domowe
- ☐ Jestem osobą mieszkającą z osobami bliskimi, które nie są w stanie zapewnić mi wystarczającego wsparcia

OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że:

- Wyrażam zgodę na udział w Projekcie, rozumiem jego cel i deklaruję chęć uczestnictwa w nim.
- Zapoznałam/zapoznałem się z Regulaminem rekrutacji i udziału wraz z załącznikami, rozumiem i akceptuję jego zapisy i zobowiązuję się do jego przestrzegania.
- Spełniam kryteria kwalifikowalności, o których mowa w Regulaminie, uprawniające mnie do udziału w ww. Projekcie.
- Zapoznałam się/zapoznałem się z klauzulą informacyjną odnoszącą się do przetwarzania moich danych osobowych i wyrażam zgodę na jej postanowienia.

.....
(data i podpis osoby składającej oświadczenie)

II CZĘŚĆ-SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE

DANE UCZESTNIKA (PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)	
IMIĘ I NAZWISKO	
PESEL	

Wzrost.....

Standardowe ciśnienie skurczowe.....

Standardowe ciśnienie rozkurczowe.....

Jestem osobą niepełnosprawną i posiadam orzeczenie o niepełnosprawności

TAK

☐

NIE

☐

I CZĘŚĆ – CHOROBY KANDYDATA / WSZCZEPIONE URZĄDZENIA MEDYCZNE/ ALERGIE		II CZĘŚĆ – AKTUALNIE PRZYJMOWANE LEKI	
--	--	--	--

Upoważniam..... (imię i nazwisko opiekuna faktycznego lub osoby do kontaktu) do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia.

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych w zakresie realizacji projektu

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w formularzu zgłoszeniowym, przez Urząd Miasta Łodzi z siedzibą w Łodzi przy ul. Piotrkowskiej 104 we wszystkich sprawach związanych z uczestnictwem i realizacją projektu pn. „Teleopieka dla Łódzkich Seniorów” w ramach Programu „Korpus Wsparcia Seniorów”. Pani/Pana zgoda może zostać cofnięta w dowolnym momencie, w formie w jakiej została ona wyrażona. Od tego momentu Pani/Pana dane nie będą przez nas przetwarzane.

.....
(data, miejsce i podpis osoby wyrażającej zgodę)

III CZĘŚĆ - DANE OPIEKUNA/ OSOBY DO KONTAKTU

DANE OPIEKUNA/ OSOBY DO KONTAKTU (PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)	IMIĘ I NAZWISKO
	TELEFON KONTAKTOWY

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych w zakresie realizacji projektu

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie imienia, nazwiska, numeru telefonu przez Urząd Miasta Łodzi z siedzibą w Łodzi przy ul. Piotrkowskiej 104 we wszystkich sprawach związanych z uczestnictwem i realizacją projektu pn. „Teleopieka dla Łódzkich Seniorów” w ramach Programu „Korpus Wsparcia Seniorów”. Pani/Pana zgoda może zostać cofnięta w dowolnym momencie w dowolnym momencie, w formie w jakiej została ona wyrażona. Od tego momentu Pani/Pana dane nie będą przez nas przetwarzane.

.....
(data, miejsce i podpis osoby wyrażającej zgodę)