

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

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY 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				
	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 niesamodzielną, 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 65 roku życia, liczonego w dniach, na dzień złożenia niniejszego formularza

PREFERENCYJNE WARUNKI UDZIAŁU

- Jestem osobą samotną, żyjącą w ramach jednoosobowego gospodarstwa domowego

OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że:

1. Wyrażam zgodę na udział w Projekcie, rozumiem jego cel i deklaruję chęć uczestnictwa w nim;
2. Zapoznałam/zapoznałem się z Regulaminem rekrutacji i udziału wraz z załącznikami, rozumiem i akceptuję jego zapisy i zobowiązuję się do jego przestrzegania;
3. Spełniam kryteria kwalifikowalności, o których mowa w Regulaminie, uprawniające mnie do udziału w ww. Projekcie.
4. 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.....

Masa ciała.....

Standardowe ciśnienie skurczowe.....

Standardowe ciśnienie rozkurczowe.....

Jestem osobą niepełnosprawną i posiadam orzeczenie o niepełnosprawności

 TAK

 NIE

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

 Upoważniam..... (imię i nazwisko opiekuna)
do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia.

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych w zakresie realizacji projektu

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, wskazanych w II części formularza zgłoszeniowego 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)

III CZĘŚĆ - PODSTAWOWE INFORMACJE OPIEKUNA

DANE OPIEKUNA (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)