

**Karta zgłoszenia do Programu**  
**„Korpus Wsparcia Seniorów” – Zakopane 2022**  
**Moduł - II, tzw. „opieka na odległość”**

**I. Dane uczestnika Programu:**

1. Imię i nazwisko: .....

2. Adres: .....

3. Telefon kontaktowy:.....

4. Data urodzenia/wiek: .....

5. Grupa/stopień niepełnosprawności<sup>1</sup> :  
.....

6. Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności (właściwe podkreślić):

- 1) dysfunkcja narządu ruchu (uszkodzenie rdzenia kręgowego, porażenie dwukończynowe, paraliż cztero kończynowy, porażenie mięśni jednej połowy ciała; dziecięce porażenie mózgowie; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowa – rdzeniowa),
- 2) dysfunkcja narządu wzroku,
- 3) zaburzenia psychiczne,
- 4) dysfunkcje o podłożu neurologicznym,
- 5) dysfunkcja narządu mowy i słuchu,
- 6) pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne,
- 7) inne.....

7. Czy w przedziale ostatnich 3 m-cy przeszedł/ła Pan/Pani zabieg medyczny ?

**Tak**                       **Nie**

8. Czy porusza się Pan(i): (odpowiednie zaznaczyć krzyżykiem):

<input type="checkbox"/> <b>W domu</b>	<input type="checkbox"/> samodzielnie	<input type="checkbox"/> z pomocą sprzętów ortopedycznych itp.	<input type="checkbox"/> nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych
<input type="checkbox"/> <b>poza miejscem zamieszkania</b>	<input type="checkbox"/> samodzielnie	<input type="checkbox"/> z pomocą sprzętów ortopedycznych itp.	<input type="checkbox"/> nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych

**II. ŚRODOWISKO:**

1. Z kim Pan(i) prowadzi gospodarstwo domowe?

- samotnie
- z żoną/z mężem
- z rodziną np.: dzieci, wnuki, rodzeństwo
- z partnerem/ką

<sup>1</sup> Do Karty zgłoszenia do Programu „Korpus Wsparcia Seniorów” – na rok 2022” – należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych jeżeli osoba zgłaszająca je posiada.

### III. DOTYCHCZAS OTRZYMYWANA POMOC:

1. Czy do tej pory korzystał(a) Pan(i) z innych form wsparcia? **Tak**  **Nie**
2. Jeśli tak, to proszę wskazać, z jakich i przez kogo realizowanych (kto, jaka instytucja, osoba prywatna itp.):

.....  
.....

### IV. Imię i Nazwisko opiekuna (jeżeli jest) .....

Numer telefonu do opiekuna .....

Czy jest opiekunem faktycznym kandydata **Tak**  / **Nie**

### V. Oświadczenia:

1. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Korpus Wsparcia Seniorów” – na rok 2022 (zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE. L. 119, z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.) oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).
2. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią Programu „Korpus Wsparcia Seniorów” – na rok 2022.

**Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że złożenie do MOPS w Zakopanem Karty zgłoszenia do Programu „Korpus Wsparcia Seniorów” nie oznacza zapewnienia dostępu do tzw. „opaski bezpieczeństwa”, bowiem kwalifikacji do objęcia pomocą w formie opieki na odległość dokona Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Zakopanem.**

Zakopane, data .....

.....

*(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)*

.....  
*(podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)*