Załącznik nr 1
do Regulaminu rekrutacji i udziału
w Programie „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2024

**KARTA ZGŁOSZENIOWA**

**DANE OSOBOWE:**

Nazwisko i imię: ..................................................................................................................................... Adres zamieszkania: .................................................................................................................................
PESEL: ....................................................................................................................................................... Data urodzenia: ........................................................................................................................................

Numery telefonów:
- stacjonarnego …………………………………………………………..
- komórkowego …………………………………………………………..

**SYTUACJA RODZINNA:**

 osoba samotnie zamieszkująca

 osoba zamieszkująca wspólnie z rodziną/znajomymi

**DANE OSÓB, Z KTÓRYMI NALEŻY SKONTAKTOWAĆ SIĘ W SYTUACJI WYSTĄPIENIA ZAGROŻENIA – CELEM POINFORMOWANIA O KONIECZNOŚCI PODJĘCIA INTERWENCJI LUB W CELU UDZIELENIA INFORMACJI O ZAISTNIAŁEJ SYTUACJI:**

1.

Nazwisko i imię: ........................................................................................................................................
Numer telefonu: .......................................................................................................................................

Wyżej wymieniona osoba jest:

 członkiem rodziny

 sąsiadem/znajomym

2.

Nazwisko i imię: ........................................................................................................................................
Numer telefonu: .......................................................................................................................................

Wyżej wymieniona osoba jest:

 członkiem rodziny

 sąsiadem/znajomym

**SYTUACJA MIESZKANIOWA:**

Rodzaj lokalu:

 mieszkanie – piętro: …………………….., kod do domofonu: ……………………..

 dom wolnostojący

 segment

Kto posiada klucze do mieszkania/domu:

Nazwisko i imię: ........................................................................................................................................
Adres zamieszkania: ..................................................................................................................................
Numer telefonu: .......................................................................................................................................

**SYTUACJA ZDROWOTNA:**

Czy istnieje niepełnosprawność:
 tak, (jaka?): ......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................
 nie

**Dane przychodni POZ:**Nazwa oraz adres przychodni POZ …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
Numer telefonu do rejestracji POZ ……………………………………………………………………………………………………………
Imię i nazwisko lekarza POZ ……………………………………………………………………………………………………………

**W jaki sposób osoba (Pani/Pan), ubiegająca się o wsparcie, przemieszcza się:** osoba chodząca
 osoba chodząca z pomocą osób drugich
 z pomocą sprzętu rehabilitacyjnego typu kule ortopedyczne, balkonik
 na wózku inwalidzkim
 osoba leżąca

**Informacje dodatkowe dotyczące stanu zdrowia osoby, ubiegającej się o wsparcie, tj.:**A. Słuch:
 dobry
 niedosłuch
 głuchota

B. Wzrok:
 dobry
 niedowidzenie
 osoba niewidoma

C. Sprawność umysłowa:
 dobra
 zaniki pamięci
 agresja
 depresja
Informacja o schorzeniach: ...............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Przyjmowane leki:
………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

***Oświadczam, iż zostałam/łem poinformowana/ny, że informacje zawarte w niniejszej Karcie zgłoszeniowej będą przetwarzane w zakresie niezbędnym do realizacji usług teleopieki. Podanie w/w informacji jest dobrowolne, jednak ich brak uniemożliwia zakwalifikowanie mnie do udziału w Programie.***

Nakło Śląskie, dn. …………………… ………………….……………………………………….
 (podpis osoby zgłaszającej się do udziału w Programie)