



Załącznik nr 1
do Regulaminu

DEKLARACJA UCZESTNICTWA
w Programie Korpus Wsparcia Seniorów

Ja, niżej podpisany/a deklaruję chęć udziału w Programie „Korpus Wsparcia Seniorów” realizowanego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Żarach.

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

.....

Numer PESEL:

Mam problem z samodzielnym funkcjonowaniem ze względu na stan zdrowia zakresie:

.....

.....

Prowadzę samodzielne gospodarstwo domowe: TAK / NIE

Mieszkam z osobami bliskimi, którzy nie są w stanie zapewnić mi wystarczającego wsparcia:

TAK / NIE

Oświadczam, że:

1. Zapoznałam(-em) się z zasadami udziału w Programie zawartymi w Regulaminie w tym z zasadami przetwarzania danych osobowych i akceptuję jego treść.
2. Nie ma żadnych przeciwwskazań medycznych/zdrowotnych do korzystania przeze mnie z usługi teleopieki.
3. Jestem świadomy(-a), że złożenie dokumentów nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do udziału w Programie.
4. Wszystkie zamieszczone przeze mnie informacje dotyczące udziału w Programie są zgodne z prawdą. Jestem świadoma (-a) odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych informacji.

.....
podpis kandydata do Programu