

Potwierdzenie złożenia wniosku (data wpływu)	
--	--

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU W PILOTAŻOWYM PROGRAMIE WDRAŻANIA USŁUG OPIEKUŃCZYCH W FORMIE TELEOPIEKI

Zadanie dofinansowane ze środków budżetu Województwa Mazowieckiego

I CZĘŚĆ – DANE UCZESTNIKA

(PROSZE WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)	IMIĘ			
	NAZWISKO			
	PESEL		DATA URODZENIA	
	TELEFON KONTAKTOWY		E-MAIL (jeśli posiada Pan/Pani)	
	POWIAT		GMINA	
	MIEJSCOWOŚĆ		KOD POCZTOWY	
	ULICA/NR BUDYNKU/NR LOKAŁU			

II CZĘŚĆ – MINIMALNE WARUNKI UDZIAŁU W PROGRAMIE (kryteria włączenia)

Proszę zaznaczyć X jeśli Pan/Pani spełnia poniższe kryteria. Aby zakwalifikować się do udziału w programie **MUSI PAN/PANI SPEŁNIAĆ ŁĄCZNIE PONIŻSZE KRYTERIA WŁĄCZENIA:**

☐ O Mieszkam na terenie gminy Piaseczno

☐ O Jestem osobą niesamodzielną z powodu: wieku, stanu zdrowia lub niepełnosprawności, co oznacza, że potrzebuję wsparcia lub opieki w związku z niemożliwością wykonywania samodzielnie przynajmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego (np. przygotowywanie i spożywanie posiłków, poruszanie się, wychodzenie z domu, ubieranie i rozbieranie).

☐ O Nie korzystałam/em z podobnego typu wsparcia.

Istotne informacje o stanie zdrowia dla służb ratunkowych/teleopieki (choroby np. sercowo-naczyniowe, cukrzyca, nadciśnienie, nowotwór obecnie leczony, alergie, astma, inne; rodzaje przyjmowanych leków: tabletki, zastrzyki, insulina; rodzaj diety (w tym PEG); inne ważne)

.....

.....

Informacje o niepełnosprawności: Czy osoba posiada orzeczenie o stopniu niepełnosprawności?

O Tak

O Nie

Jeśli tak proszę podać:

stopień niepełnosprawności (*niewłaściwe skreślić*) : lekki / umiarkowany/znaczny

rodzaj dysfunkcji:

Orzeczenie zostało wydane (*niewłaściwe skreślić*) na stałe/czas określony do dnia

III CZĘŚĆ – INFORMACJE O STANIE ZDROWIA

OCENA SYTUACJI ŻYCIOWEJ KANDYDATA/KANDYDATKI DO PROJEKTU ORAZ JEJ OPIEKUNÓW FAKTYCZNYCH

Sytuacja rodzinna	Tak	Nie
Osoba samotna/ osoba samotnie gospodarująca		
Czy osoba zamieszkuje wspólnie z rodziną ?		
Czy osoba posiada rodzinę mieszkającą w tej samej miejscowości lub w okolicy ?		
Czy osoba posiada sąsiadów, z którymi utrzymuje stały kontakt w najbliższym otoczeniu (do 0,5 km)?		

Sytuacja opiekunów prawnych/faktycznych osoby niesamodzielnej (jeśli dotyczy)	Tak	Nie
Czy osoba ma ustalonego opiekuna prawnego?		
Czy opiekun / rodzina może zapewnić pomoc osobie niesamodzielnej?		
Jeżeli nie proszę podać z jakich przyczyn		
W jakiej odległości od osoby niesamodzielnej mieszka opiekun?		
Dane kontaktowe do opiekunów/ członków rodziny:		
Imię, nazwisko Imię, nazwisko		
Adres Adres		
Telefon kontaktowy Telefon kontaktowy		

Pouczenie

Składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą podlega odpowiedzialności karnej zgodnie z §233 Kodeksu Karnego.

.....
miejscowość, data

.....
czytelny podpis

