

Potwierdzenie złożenia wniosku (data wpływu)		Podpis osoby przyjmującej wniosek	
---	--	--------------------------------------	--

Wypełnia osoba upoważniona przez Realizatora Programu

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UDZIAŁU W PROGRAMIE
OSŁONOWYM „KORPUS WSPARCIA SENIORÓW” na terenie Gminy Ząbkowice Śląskie na rok 2024**

I CZĘŚĆ - DANE UCZESTNIKA

(PROSZE WYPEŁNIĆ CZYTENIE)	IMIĘ I NAZWISKO		DATA URODZENIA	
	PESEL		TELEFON KONTAKTOWY	
	E-MAIL (jeśli posiadasz)			
	ADRES DO KORESPONDENCJI			

II CZĘŚĆ – PODSTAWOWE WARUNKI UDZIAŁU

Proszę zaznaczyć X jeśli Pan/Pani spełnia poniższe kryteria.

Aby zakwalifikować się do udziału w projekcie **MUSI** PAN/PANI SPEŁNIAĆ ŁĄCZNIE PONIŻSZE KRYTERA WŁĄCZENIA:

- Zamieszkuje na terenie Gminy Ząbkowice Śląskie
- Jestem osobą powyżej 60 roku życia, na dzień złożenia niniejszego formularza
- Jestem osobą samotną, samotnie gospodarującą (rozumiana jako osoba prowadząca jednoosobowe gospodarstwo domowe, art. 6 pkt.10 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej) lub osobą mieszkającą z osobami bliskimi, które nie są w stanie zapewnić mi wystarczającego wsparcia.

III CZĘŚĆ – DODATKOWE WARUNKI UDZIAŁU

- Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności
- Jestem osobą po przebytych zabiegach medycznych
- Jestem osobą z chorobami przewlekłymi

IV CZĘŚĆ- OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że:

1. Wyrażam zgodę na udział w Programie Osłonowym „Korpus wsparcia seniorów” realizowany na terenie gminy Ząbkowice Śląskie przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Ząbkowicach Śląskich i deklaruję chęć uczestnictwa w nim. W związku z tym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym Formularzu zgłoszeniowym.
1. Zapoznałam/zapoznałem się z regulaminem realizacji Programu Osłonowego „Korpus wsparcia seniorów” na terenie Gminy Ząbkowice Śląskie na rok 2024” , rozumiem i akceptuję jego zapisy oraz zobowiązuję się do jego przestrzegania;
2. Spełniam kryteria kwalifikowalności, o których mowa w Regulaminie, uprawniające mnie do udziału w ww. Programie.
3. Zapoznałam się/zapoznałem się z załączoną klauzulą informacyjną odnoszącą się do przetwarzania danych osobowych i wyrażam zgodę na jej postanowienia;
4. Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na użycie mojego wizerunku w celach związanych z realizacją i promocją Programu na terenie Gminy Ząbkowice Śląskie. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych zdjęć, za pośrednictwem dowolnego medium, wyłącznie w celu zgodnym z prowadzoną przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Ząbkowicach Śląskich. Przyjmuję do wiadomości, że przysługuje mi prawo wycofania niniejszej zgody w dowolnym momencie, w dowolnej formie, a jej wycofanie nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

.....
(podpis osoby składającej oświadczenie)

* Niepotrzebne skreślić