Załącznik nr 1   
do Regulaminu realizacji  
programu osłonowego Miasta Zakopane  
„Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2023

**Karta zgłoszenia do Programu**

**„Korpus Wsparcia Seniorów” – Zakopane 2023**

**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[[1]](#footnote-1) : ……………………………………………………………………………………………………………

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

1. dysfunkcja narządu ruchu (uszkodzenie rdzenia kręgowego, porażenie dwukończynowe, paraliż czterokończynowy, porażenie mięśni jednej połowy ciała; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowo – 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):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * **W domu** | * samodzielnie | * z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. | * nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych |
| * **poza miejscem zamieszkania** | * samodzielnie | * z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. | * 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

**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 2023 (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 2023.

**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)*

1. *Do Karty zgłoszenia do Programu „„Korpus Wsparcia Seniorów” – na rok 2023” – należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych, jeżeli osoba zgłaszająca je posiada.* [↑](#footnote-ref-1)