



## KWESTIONARIUSZ ZGŁOSZENIOWY

dla osób w wieku 60+ ubiegających się o objęcie działaniami „Klubu SENIOR +”  
w Janowicach Poduszowskich.

### DANE OGÓLNE:

.....  
*Imię i Nazwisko*

.....  
*Data urodzenia*

.....  
*PESEL*

.....  
*Adres zamieszkania*

.....  
*Telefon kontaktowy*

.....  
*adres poczty elektronicznej*

### DODATKOWE INFORMACJE:

*Jestem osobą nieaktywną zawodowo (właściwie zaznaczyć - „X”)*

*TAK*

*NIE*

*Charakter gospodarstwa domowego (właściwie zaznaczyć - „X”)*

OSOBA SAMOTNA (PROWADZĄCA SAMODZIELNE GOSPODARSTWO  
DOMOWE)

OSOBA ZAMIESZKUJĄCA Z RODZINĄ (PROWADZĄCA WSPÓLNE  
GOSPODARSTWO DOMOWE), łączna ilość osób w rodzinie: .....

*Jestem zainteresowana/y formą uczestnictwa w programie (właściwie zaznaczyć -  
„X”)*

FORMA STAŁA (uczestnik korzysta codziennie z pełnego zakresu świadczeń  
DDSW)

FORMA NIESTAŁA (uczestnik korzysta z pełnego zakresu świadczeń DDSW w  
wybrane dni tygodnia)

*Posiadam orzeczony stopień niepełnosprawności*    *TAK*                       *NIE*

## WYMAGANE OŚWIADCZENIA

Oświadczenie o wysokości osiągniętych dochodów w miesiącu poprzedzającym złożenie wniosku.

Oświadczam, że wysokość dochodu miesięcznego netto przypadającego na

jednego członka rodziny wynosi.....zł, słownie:

.....

- Oświadczam, że mój obecny stan zdrowia pozwala mi na wzięcie udziału w Programie Dziennego Domu „Senior +” w Janowicach Poduszowskich i oświadczam, że nie mam żadnych przeciwwskazań zdrowotnych uniemożliwiających uczestniczenie w ww. programie
- Oświadczam, że zgłaszam się dobrowolnie i na własną odpowiedzialność.
- Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w formularzu rekrutacyjnym, gromadzonych w związku z rekrutacją i uczestnictwem w Programie Dziennego Domu „Senior +”, zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.
- Oświadczam, że zapoznałem się Regulaminem Działalności i Rekrutacji Dziennego Domu „Senior +” w Janowicach Poduszowskich.

.....

(data)

.....

(czytelny podpis)

### **Załączniki:**

- Kserokopia decyzji właściwego organu tj. ZUS, KRUS lub GOPS określającą wysokość pobieranego świadczenia (emerytury, renty lub zasiłku stałego)
- Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności.