



KWESTIONARIUSZ ZGŁOSZENIOWY

dla osób w wieku 60+ ubiegających się o objęcie działaniami „Domu
Dziennego 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 (właściwe zaznaczyć - „X”)

TAK

NIE

Charakter gospodarstwa domowego (właściwe 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 (właściwe 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.