

| | | | | | | |
|---|-----------------------|--|---------------|--|-----------------------------------|--|
| Wypełnia osoba upoważniona przez Realizatora Programu | Data i godzina wpływu | | Numer wniosku | | Podpis osoby przyjmującej wniosek | |
|---|-----------------------|--|---------------|--|-----------------------------------|--|

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UDZIAŁU W PROJEKCIE
PN. „ TELEOPIEKA DLA ŁÓDZKICH SENIORÓW”
W RAMACH PROGRAMU KORPUS WSPARCIA SENIORÓW**

I CZĘŚĆ-DANE UCZESTNIKA

| | | | | | |
|--|-----------------------------|--|---------------------------------|--|--|
| I CZĘŚĆ – DANE UCZESTNIKA (PROSZE WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI) | IMIĘ I NAZWISKO | | | | |
| | PESEL | | | | |
| | TELEFON KONTAKTOWY | | | | |
| | TELEFON KONTAKTOWY 2 | | E-MAIL (jeśli posiadasz) | | |
| | ADRES ZAMIESZKANIA | | | | |

MINIMALNE WARUNKI UDZIAŁU

Proszę zaznaczyć X jeśli Pan/Pani spełnia poniższe kryteria.

Aby przystąpić do procesu kwalifikacyjnego udziału w projekcie **MUSI PAN/PANI SPEŁNIAĆ ŁĄCZNIE 3 PONIŻSZE KRYTERIA WŁĄCZENIA:**

- Mieszkam na terenie Miasta Łodzi
- Jestem osobą niesamodzielną, co oznacza niemożliwość wykonywania samodzielnie przynajmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego (np. przygotowywanie i spożywanie posiłków, poruszanie się, wychodzenie z domu, ubieranie/rozbieranie, higiena osobista, kontrolowanie czynności fizjologicznych itp.)
- Jestem osobą powyżej 60 roku życia, liczonego w dniach, na dzień złożenia niniejszego formularza

PREFERENCYJNE WARUNKI UDZIAŁU

- Jestem osobą samotną, żyjącą w ramach jednoosobowego gospodarstwa domowego

OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że:

1. Wyrażam zgodę na udział w Projekcie, rozumiem jego cel i deklaruję chęć uczestnictwa w nim;
2. Zapoznałam/zapoznałem się z Regulaminem rekrutacji i udziału wraz z załącznikami, rozumiem i akceptuję jego zapisy i zobowiązuję się do jego przestrzegania;
3. Spełniam kryteria kwalifikowalności, o których mowa w Regulaminie, uprawniające mnie do udziału w ww. Projekcie.
4. Zapoznałam się/zapoznałem się z klauzulą informacyjną odnoszącą się do przetwarzania moich danych osobowych i wyrażam zgodę na jej postanowienia.

.....
(data i podpis osoby składającej oświadczenie)

II CZĘŚĆ-SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE

| DANE UCZESTNIKA (PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI) | |
|---|--|
| IMIĘ I NAZWISKO | |
| PESEL | |

Wzrost.....

Masa ciała.....

Standardowe ciśnienie skurczowe.....

Standardowe ciśnienie rozkurczowe.....

Jestem osobą niepełnosprawną i posiadam orzeczenie o niepełnosprawności

 TAK

 NIE

| I CZĘŚĆ – CHOROBY KANDYDATA / WSZCZEPIONE URZĄDZENIA MEDYCZNE | | II CZĘŚĆ – AKTUALNIE PRZYJMOWANE LEKI | |
|--|--|--|--|
| | | | |

 Upoważniam..... (imię i nazwisko opiekuna)
do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia.

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych w zakresie realizacji projektu

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, wskazanych w II części formularza zgłoszeniowego przez Urząd Miasta Łodzi z siedzibą w Łodzi przy ul. Piotrkowskiej 104 we wszystkich sprawach związanych z uczestnictwem i realizacją projektu pn. „Teleopieka dla Łódzkich Seniorów” w ramach programu „Korpus Wsparcia Seniorów”. Pani/Pana zgoda może zostać cofnięta w dowolnym momencie w dowolnym momencie, w formie w jakiej została ona wyrażona. Od tego momentu Pani/Pana dane nie będą przez nas przetwarzane.

.....
(data, miejsce i podpis osoby wyrażającej zgodę)

III CZĘŚĆ - PODSTAWOWE INFORMACJE OPIEKUNA

| | |
|---|---------------------------|
| DANE OPIEKUNA (PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI) | IMIĘ I NAZWISKO |
| | |
| | TELEFON KONTAKTOWY |
| | |

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych w zakresie realizacji projektu

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie imienia, nazwiska, numeru telefonu przez Urząd Miasta Łodzi z siedzibą w Łodzi przy ul. Piotrkowskiej 104 we wszystkich sprawach związanych z uczestnictwem i realizacją projektu pn. „Teleopieka dla Łódzkich Seniorów” w ramach programu „Korpus Wsparcia Seniorów”. Pani/Pana zgoda może zostać cofnięta w dowolnym momencie w dowolnym momencie, w formie w jakiej została ona wyrażona. Od tego momentu Pani/Pana dane nie będą przez nas przetwarzane.

.....
(data, miejsce i podpis osoby wyrażającej zgodę)