

ZGŁOSZENIE DO UCZESTNICTWA W PROGRAMIE

„Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2026

Ja niżej podpisana/y:

Imię i nazwisko Pacjenta: _____

wypełnić drukowanymi literami

Numer PESEL/data urodzenia: _____

Adres zamieszkania: _____

Numer telefonu kontaktowego: _____

Adres e-mail: _____

Oświadczam, że*:

a. zamieszkuję na terenie Gminy Kleszczów

b. jestem osobą:

- samotnie zamieszkującą

- zamieszkującą z osobami bliskimi, które nie są w stanie zapewnić mi wystarczającego wsparcia

c. jestem osobą w wieku 60 lat i więcej,

d. posiadam / nie posiadam orzeczonystopień niepełnosprawności (proszę wskazać)

* właściwe podkreślić

✓ Wyrażam zgodę na objęcie mnie świadczeniami poprzez dostęp do tzw. „opieki na odległość” przyznanych mi zgodnie z Regulaminem rekrutacji i udziału w Programie przez cały czas mojego uczestnictwa w Programie.

✓ Oświadczam, że akceptuję Regulamin rekrutacji i udziału w Programie „KORPUS WSPARCIA SENIORÓW” na rok 2026 realizowanego przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Kleszczowie

✓ Otrzymałam/em Klauzulę informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Kleszczowie.

Oświadczam, że informacje zawarte w Zgłoszeniu do uczestnictwa w Programie są aktualne

i zgodne ze stanem faktycznym i prawnym. Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za założenie fałszywych danych lub złożenie fałszywych oświadczeń, wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań lub zatajenie prawdy.

(Data i miejsce)

(Czytelny podpis)