

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA DO UDZIAŁU W PROGRAMIE
„KORPUS WSPARCIA SENIORÓW” Moduł II**

Dane osobowe			
Imię i nazwisko			
Adres zamieszkania			
Data urodzenia/wiek			
Nr telefonu			
Informacje o orzeczeniu o niepełnosprawności	Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (umiarkowanym lub znacznym albo równoważnym) ☐ Tak - na stałe - okresowe (do kiedy?) ☐ Nie		
Sytuacja rodzinna			
☐ osoba samotnie zamieszkująca ☐ osoba zamieszkująca z innymi osobami			
Sytuacja zdrowotna			
☐ osoba poruszająca się samodzielnie ☐ osoba poruszająca się przy pomocy sprzętu rehabilitacyjnego (kule, balkonik, wózek inwalidzki) ☐ osoba niedowidząca ☐ osoba niedosłysząca ☐ osoba używająca aparatu słuchowego ☐ inne powody niesamodzielności			
Dane Opiekuna Faktycznego / osoby zgłaszającej Uczestnika (w wypadku gdy zgłoszenia Kandydat nie dokonuje osobiście)			
Imię:			
Nazwisko:			
Czy jest opiekunem faktycznym Kandydata	☐ Tak	☐ Nie	
Nr telefonu			



WSPIERAJ
SENIORA

--	--

.....
data i podpis