



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ W POBIEDZISKACH

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA

Program „Korpus Wsparcia Seniorów” – Moduł II

Edycja 2026

Formularz rekrutacyjny

I. Dane uczestnika

Imię i nazwisko

PESEL

Data urodzenia

Adres zamieszkania

.....

Telefon

E-mail (jeżeli posiada)

II. Informacje o uczestniku

Jestem:

☐ kobietą

☐ mężczyzną

Wiek:..... lat



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej





Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



Prowadzę gospodarstwo domowe:

- ☐ samotnie
- ☐ z małżonkiem
- ☐ z rodziną
- ☐ z inną osobą

Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności:

- ☐ TAK
- ☐ NIE

Jeżeli TAK:

- ☐ lekki
- ☐ umiarkowany
- ☐ znaczny

Czy korzystam z usług opiekuńczych?

- ☐ TAK
- ☐ NIE

Czy mam trudności w samodzielnym funkcjonowaniu z powodu stanu zdrowia?

- ☐ TAK
- ☐ NIE



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej





III. Udział w Programie

Proszę zaznaczyć właściwe odpowiedzi.

- ☐ Mam ukończone 60 lat.
 - ☐ Jestem mieszkańcem Gminy Pobiedziska.
 - ☐ Ze względu na stan zdrowia potrzebuję wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.
 - ☐ Wyrażam chęć udziału w Programie „Korpus Wsparcia Seniorów” – Moduł II.
 - ☐ Wyrażam zgodę na korzystanie z urządzenia bezpieczeństwa (opaski lub innego urządzenia teleopieki).
-

IV. Jakiego wsparcia potrzebuję?

Można zaznaczyć kilka odpowiedzi.

- ☐ Teleopieka (opaska bezpieczeństwa)
 - ☐ Monitoring stanu bezpieczeństwa
 - ☐ Możliwość wezwania pomocy
 - ☐ Kontakt z centrum teleopieki
 - ☐ Powiadamianie osoby bliskiej
 - ☐ Wsparcie zwiększające poczucie bezpieczeństwa
 - ☐ Inne
-





V. Osoba do kontaktu

Czy jest osoba, którą należy powiadomić w sytuacji zagrożenia?

☐ TAK

☐ NIE

Jeżeli TAK:

Imię i nazwisko

.....

Telefon

.....

Kim jest?

☐ mąż / żona

☐ dziecko

☐ wnuk / wnuczka

☐ rodzina

☐ sąsiad

☐ opiekun

☐ inna osoba

Jaka?

.....





Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



VI. Oświadczenia

Oświadczam, że:

- ☐ wszystkie dane podane w formularzu są zgodne z prawdą;
 - ☐ zapoznałem(am) się z zasadami udziału w Programie „Korpus Wsparcia Seniorów” – Moduł II;
 - ☐ wyrażam zgodę na udział w Programie;
 - ☐ wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji Programu zgodnie z obowiązującymi przepisami o ochronie danych osobowych.
-

Miejscowość i data

Podpis uczestnika

.....

.....



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej





Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



Wypełnia realizator projektu

Data przyjęcia formularza

.....

Decyzja

☐ zakwalifikowano

☐ lista rezerwowa

☐ nie zakwalifikowano

Uwagi

.....

.....

Podpis pracownika

.....



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

