Kołaczyce, dnia…………………………

………………………………..…..

 Imię i nazwisko

…………………………….……...

 Adres zamieszkania

……………………………………

 PESEL

……………………………………

 Nr telefonu

**Wniosek o przystąpienie do Programu Osłonowego „Korpus Wsparcia Seniorów” - Moduł II dla mieszkańców Gminy Kołaczyce na rok 2024**

Ja niżej podpisana/y zgłaszam potrzebę i chęć przystąpienia do Programu Osłonowego **„Korpus Wsparcia Seniorów” - Moduł II dla mieszkańców Gminy Kołaczyce na rok 2024**

**Oświadczam, że:**

1. Zamieszkuję pod adresem wskazanym w niniejszym wniosku na terenie Gminy Kołaczyce.
2. Ukończyłam/łem 60 rok życia.
3. Posiadam problemy związane z samodzielnym funkcjonowaniem ze względu na stan zdrowia (właściwe zaznaczyć):
	* spożywanie posiłków;
	* przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem;
	* poruszanie się po powierzchniach płaskich;
	* wchodzenie i schodzenie po schodach;
	* korzystanie z toalety (WC);
	* mycie i kąpiel całego ciała;
	* ubieranie się i rozbieranie;
	* inne (jakie?) …………………………………………………………………………
4. Oświadczam, że (właściwe zaznaczyć):
* prowadzę samodzielne gospodarstwo domowe;
* mieszkam z osobami bliskimi, które nie są w stanie zapewnić mi wystarczającego wsparcia.
1. Oświadczam, że jestem osobą zdolną do obsługi alarmowego przycisku znajdującego się na urządzeniach do „opieki na odległość”.
2. Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są prawdziwe i aktualne oraz jestem świadoma/y odpowiedzialności za składanie nieprawdziwych oświadczeń, a także zobowiązuję się niezwłocznie poinformować o wszelkich zmianach mających wpływ na prawidłową realizację usługi „opieki na odległość”.
3. Oświadczam, że zapoznałam/łem się z zasadami określonymi w Programie Osłonowym „Korpus Wsparcia Seniorów” - Moduł II dla mieszkańców Gminy Kołaczyce na rok 2024.

……………………………………………………

 podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej