|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **(PROSZE WYPEŁNIĆ CZYTENIE)** | **IMIĘ I NAZWISKO** |  | **DATA URODZENIA** |  |
| **PESEL** |  | **TELEFON KONTAKTOWY** |  |
| **E-MAIL (jeśli posiadasz)** | | |  |
| **ADRES DO KORESPONDENCJI** |  | | |

Załącznik Nr 1 do Regulaminu Rekrutacji i udziału w programie „Korpus Wsparcia Seniora ” – Moduł II na terenie Gminy Kamieniec Ząbkowicki na rok 2025

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UDZIAŁU W PROGRAMIE**

**OSŁONOWYM „KORPUS WSPARCIA SENIORÓW” na terenie Gminy Kamieniec Ząbkowicki na rok 2025**

**I CZĘŚĆ - DANE UCZESTNIKA**

**II CZĘŚĆ – PODSTAWOWE WARUNKI UDZIAŁU**

**Proszę zaznaczyć X jeśli Pan/Pani spełnia poniższe kryteria.**

Aby zakwalifikować się do udziału w projekcie **MUSI** PAN/PANI SPEŁNIAĆ ŁĄCZNIE PONIŻSZE KRYTERIA WŁĄCZENIA:

* Zamieszkuje na terenie Gminy Kamieniec Ząbkowicki
* Jestem osobą powyżej 60 roku życia, na dzień złożenia niniejszego formularza
* Jestem osobą samotną, samotnie gospodarującą (rozumiana jako osoba prowadząca jednoosobowe gospodarstwo domowe, art. 6 pkt.10 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej) lub osobą mieszkającą z osobami bliskimi, które nie są w stanie zapewnić mi wystarczającego wsparcia.

**III CZĘŚĆ – DODATKOWE WARUNKI UDZIAŁU**

* Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności
* Jestem osobą po przebytych zabiegach medycznych
* Jestem osobą z chorobami przewlekłymi

**IV CZĘŚĆ- OŚWIADCZENIA**

Oświadczam, że:

1. Wyrażam zgodę na udział w Programie Osłonowym „Korpus wsparcia seniorów” realizowany na terenie Gminy Kamieniec Ząbkowicki przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Kamieńcu Ząbkowickim i deklaruję chęć uczestnictwa w nim. W związku z tym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym Formularzu zgłoszeniowym.
2. Zapoznałam/zapoznałem się z regulaminem realizacji Programu Osłonowego „Korpus wsparcia seniorów” na terenie Gminy Kamieniec Ząbkowicki na rok 2025” , rozumiem i akceptuję jego zapisy oraz zobowiązuję się do jego przestrzegania;
3. Spełniam kryteria kwalifikowalności, o których mowa w Regulaminie, uprawniające mnie do udziału w ww. Programie.
4. Zapoznałam się/zapoznałem się z załączoną klauzulą informacyjną odnoszącą się do przetwarzania danych osobowych i wyrażam zgodę na jej postanowienia;
5. Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\* na użycie mojego wizerunku w celach związanych z realizacją i promocją Programu na terenie Gminy Kamieniec Ząbkowicki. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych zdjęć, za pośrednictwem dowolnego medium, wyłącznie w celu zgodnym z prowadzoną przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Kamieńcu Ząbkowickim. Przyjmuję do wiadomości, że przysługuje mi prawo wycofania niniejszej zgody w dowolnym momencie, w dowolnej formie, a jej wycofanie nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

*…...................................................................*

*(podpis osoby składającej oświadczenie)*