



Zadanie współfinansowane ze środków Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, w ramach Programu Wieloletniego „Senior +” na lata 2015-2020

WNIOSEK KANDYDATA
na Uczestnika Klubu „Senior +” w Mortągach

DANE OGÓLNE			
IMIĘ (IMIONA)			
NAZWISKO			
PESEL			
PŁEĆ	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta	WIEK	
ADRES ZAMIESZKANIA/DANE KONTAKTOWE			
ULICA			
NUMER DOMU		NUMER LOKALU	
KOD POCZTOWY		MIEJSCOWOŚĆ	
WOJEWÓDZTWO		POWIAT	
TELEFON KOMÓRKOWY		TELEFON STACJONARNY	
ADRES E-MAIL			
Jestem osoba nieaktywna zawodowo:		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Krótki opis sytuacji rodzinnej:			
.....			

Krótki opis sytuacji zdrowotnej:	
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
Krótki opis sytuacji mieszkaniowej:	
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
Krótki opis sytuacji dochodowej:	
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
DODATKOWE INFORMACJE- dotyczy osób niepełnosprawnych	
STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI/ GRUPA INWALIDZKA	
RODZAJ SCHORZENIA LUB SYMBOL NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	

1. W związku ze zgłoszeniem do Klubu „Senior +” w Mortągach uruchomionego w ramach **Programu Wieloletniego „Senior +” na lata 2015-2020** wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych. Oświadczam, iż przyjmuje do wiadomości, że moje dane osobowe będą przetwarzane oraz mogą zostać udostępnione innym podmiotom wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, ewaluacji, monitoringu i sprawozdawczości. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Klubu „Senior+”. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.
2. Oświadczam, iż zastałam(-em) poinformowana(-y), że zadanie jest współfinansowany ze środków Programu Wieloletniego „Senior+” na lata 2015-2020 oraz środków własnych Gminy Lubawa.
3. Oświadczam, że zostałam(-em) zapoznany z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w ośrodku wsparcia – Klubie „Senior+” w Mortągach stanowiącego załącznik do Zarządzenia Nr 521/2018 Kierownika Ośrodka Pomocy Społecznej Gminy Lubawa z dnia 28 grudnia 2018r.
4. Uprzedzona(-y) o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenia prawdy niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszym kwestionariuszu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis

Opinia/zalecenia lekarza rodzinnego (wg potrzeb):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Zespół Rekrutacyjny/ Opinia pracownika socjalnego:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Decyzja Zespołu Rekrutacyjnego:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....