



## 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) <input type="checkbox"/> Tak - na stałe ..... - okresowe (do kiedy?) ..... <input type="checkbox"/> Nie
<b>Sytuacja rodzinna</b>	
<input type="checkbox"/> osoba samotnie zamieszkująca <input type="checkbox"/> osoba zamieszkująca z innymi osobami	
<b>Sytuacja zdrowotna</b>	
<input type="checkbox"/> osoba poruszająca się samodzielnie <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się przy pomocy sprzętu rehabilitacyjnego (kule, balkonik, wózek inwalidzki) <input type="checkbox"/> osoba niedowidząca <input type="checkbox"/> osoba niedosłysząca <input type="checkbox"/> osoba używająca aparatu słuchowego <input type="checkbox"/> inne powody niesamodzielności ..... .....	
<b>Dane Opiekuna Faktycznego / osoby zgłaszającej Uczestnika</b> (w wypadku gdy zgłoszenia Kandydat nie dokonuje osobiście)	
Imię:	
Nazwisko:	
Czy jest opiekunem faktycznym Kandydata	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Nr telefonu	

.....  
data i podpis