



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
Sytuacja rodzinna	
<input type="checkbox"/> osoba samotnie zamieszkująca <input type="checkbox"/> osoba zamieszkująca z innymi osobami	
Sytuacja zdrowotna	
<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	
Dane Opiekuna Faktycznego / osoby zgłaszającej Uczestnika (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