



*Zadanie jest współfinansowane ze środków w ramach Programu Wieloletniego „Senior+”
na lata 2015-2020, edycja 2019*

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA
do udziału w projekcie
„Dzienny Dom Pobytu Senior +”**

Część I. Dane kontaktowe kandydata.

| | | | |
|----|-------------------------|--------------|---|
| 1. | Imię i Nazwisko | | |
| 2. | PESEL | | |
| 3. | Adres do korespondencji | Ulica | |
| | | Nr budynku | |
| | | Nr lokalu | |
| | | Miejscowość | |
| | | Obszar | <input type="checkbox"/> obszar miejski <input type="checkbox"/> obszar wiejski |
| | | Kod pocztowy | |
| | | Województwo | |
| | | Powiat | |
| | | Gmina | |

| | | | |
|--|--|--------------------|--|
| | | Telefon kontaktowy | |
| | | Adres e-mail | |
| | | | |

Część II. Informacje o kandydacie:

1. Osoba w wieku 60+ :
 - a) tak
 - b) nie

2. Osoba nieaktywna zawodowo:
 - a) tak
 - b) nie

3. Osoba niepełnosprawna:
 - a) tak
 - b) nie
 Jeżeli „tak”, wpisać stopień niepełnosprawności :

4. Osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa
 - a) tak
 - b) nie

5. Osoba objęta pomocą Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Świdnicy
 - a) tak
 - b) nie

6. Dochód osoby / rodziny:
 - a) nie przekracza 150% kryterium dochodowego, zgodnie z ustawą o pomocy
 - b) nie przekracza 200% kryterium dochodowego, zgodnie z ustawą o pomocy
 - c) przekroczenie dochodu, powyżej 200% kryterium dochodowego, zgodnie z ustawą o pomocy społecznej

7. Płeć:
 - a) kobieta
 - b) mężczyzna

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów projektowych.

.....
(data i czytelny podpis kandydata)