

Nr.....

Data.....

Nazwisko i Imię .....

Adres: Dąbrowa Górnicza, ul. ....

.....

Telefon.....

**Wniosek o przystąpienie do programu „Program Teleopieki dla Mieszkańców Gminy Dąbrowa Górnicza na rok 2024”**

Ja niżej podpisana/y zgłaszam potrzebę i chęć skorzystania z usługi „opieki na odległość” w ramach realizowanego programu „Program Teleopieki dla Mieszkańców Gminy Dąbrowa Górnicza na rok 2024” opracowanego przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej Programu „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2024.

Oświadczam, że:

1. Zamieszkuję na terenie miasta Dąbrowa Górnicza, pod adresem wskazanym w niniejszym wniosku.
2. Ukończyłam/łem 60 rok życia.
3. Ze względu na stan zdrowia mam problemy z samodzielnym funkcjonowaniem.
4. Jestem osobą zamieszkującą samotnie/jestem osobą zamieszkującą wspólnie z osobą/ami bliskimi, które nie są w stanie zapewnić mnie wystarczającego wsparcia\*.
5. Dane zawarte w niniejszym wniosku są prawdziwe i aktualne oraz jestem świadoma/y odpowiedzialności za składanie nieprawdziwych oświadczeń oraz zobowiązuję się niezwłocznie poinformować o wszelkich zmianach danych zawartych w niniejszym wniosku.

.....  
Podpis wnioskodawcy/Przedstawiciela

ustawowego

\*niewłaściwe skreślić

### Oświadczenie o potrzebie korzystania z usługi „opieki na odległość”

Ja.....

Nazwisko i Imię

Urodzona/y.....

Data urodzenia

PESEL.....

Legitymująca/y się dowodem osobistym o numerze.....

Wydanym przez.....

Zamieszkała/y :Dąbrowa Górnicza, ..... ul.....  
( kod pocztowy)

Oświadczam, że ze względu na mój stan zdrowia wymagam wsparcia w formie usługi „opieki na odległość”.

Jestem świadoma/y odpowiedzialności za składanie nieprawdziwych oświadczeń

Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności Tak Nie

.....

Data

.....

Podpis wnioskodawcy/Przedstawiciela ustawowego

1) Informacja do celów statystycznych i sprawozdawczych.