



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

Załącznik nr 1 do Regulaminu

**WNIOSEK O UDZIELENIE POMOCY
W FORMIE USŁUG SASIEDZKICH / KARTA ZGŁOSZENIA
do Programu „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2026 MODUŁ I – Zapewnienie usług
opiekuńczych w formie usług sąsiedzkich seniorom w wieku 60 lat i więcej**

1. Dane uczestnika Programu:

- 1) Imię i nazwisko:
- 2) Adres:
- 3) Telefon kontaktowy:
- 4) Data urodzenia:

2. Czy dla uczestnika Programu ustanowiony został opiekun prawny/kurator?

Tak ☐ / Nie ☐;

Jeżeli Tak, proszę podać jego imię i nazwisko:

3. Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności: Tak ☐ / Nie ☐.

Jeżeli Tak, proszę wpisać jaki stopień:

4. Czy ma Pan(i) problem z samodzielnym funkcjonowaniem? Tak ☐ / Nie ☐.

5. Czy zamieszkuje Pan(i) sam(a)? – Tak ☐ / Nie ☐.

6. Proszę zaznaczyć usługi sąsiedzkie jakimi jest Pan(i) zainteresowany(a);

*** niepotrzebne skreślić**

- | | |
|--|--------------------------|
| 1) Porządkowanie domu/ pomoc w przygotowywaniu posiłków* | ☐ |
| 2) Pomoc w załatwianiu spraw medycznych/ dojazd do lekarza/ realizacja recept*
- na koszt podopiecznego | ☐ |
| 3) Pranie odzieży / podstawowa pielęgnacja osobista* | ☐ |
| 4) Przynoszenie opału i palenie w piecu | ☐ |
| 5) Wspólne spędzanie czasu wolnego, a także działania pomocowe poza domem | ☐ |
| 6) Robienie zakupów na koszt podopiecznego w sklepach położonych blisko miejsca | ☐ |

zamieszkania

- 7) Pomoc w sprawach urzędowych ☐
- 8) Rozkładanie i podawanie leków zgodnie z zaleceniem lekarza ☐

7. Wskazuję OSOBĘ DO REALIZACJI USŁUG SĄSIEDZKICH:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Telefon kontaktowy :

Jednocześnie oświadczam, że osoba wskazana przeze mnie:

- 1) jest osobą pełnoletnią,
- 2) jest akceptowana przeze mnie i chcę, żeby świadczyła usługi sąsiedzkie w moim miejscu zamieszkania,
- 3) nie jest członkiem mojej rodziny,
- 4) nie jest oddzielnie zamieszkującym małżonkiem, wstępnym ani zstępnym,
- 5) zamieszkuje w moim najbliższym sąsiedztwie.

8. Czy w bieżącym roku kalendarzowym korzysta Pan(i) z usług świadczonych przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Przelewicach, tj. usługi opiekuńcze, usługi asystencji osobistej Tak ☐ / Nie ☐.

Jeżeli tak, proszę wpisać jakie usługi:

Oświadczenia:

1. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2026 (zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2019 r. poz. 1781).
2. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2026.
3. Wyrażam zgodę na udział w programie, rozumiem jego zakres, cel i zasady świadczenia usługi sąsiedzkiej oraz deklaruję chęć uczestnictwa w nim.
4. Zostałem/łam poinformowany/a o źródłach finansowania Programu.
5. Podane do formularza zgłoszeniowego informacje są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia .
6. Zapoznałem/łam się z załączoną klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania moich danych osobowych i wyrażam zgodę na jej postanowienia.

.....

miejscowość, data

.....

podpis kandydata lub opiekuna prawnego

