



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROGRAMU
„KORPUS WSPARCIA SENIORÓW”**

	Dane Kandydata
Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania	
Numer telefonu	
PESEL	
Osoba samotnie zamieszkująca	TAK NIE
Osoba przebywająca samotnie przez więcej niż 8 godz. dziennie	TAK NIE
Osoba poruszająca się samodzielnie poza miejscem zamieszkania	TAK NIE
Niepelnosprawność	TAK — (podać stopień niepełnosprawności) NIE

Numer telefonu osoby do kontaktu (rodzina, opiekun prawny)	
---	--

Ja niżej podpisana/y zgłaszam potrzebę skorzystania z usług teleopieki w ramach Programu „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2025.

Oświadczam, że:

1. Posiadam miejsce zamieszkania na terenie Gminy Kolbuszowa
2. Dane zawarte w Formularzu zgłoszeniowym są prawdziwe i aktualne.

.....

Data

.....

Podpis kandydata lub opiekuna prawnego

Adnotacja pracownika M-GOPS w Kolbuszowej