

**WNIOSEK O UDZIELENIE POMOCY W FORMIE USŁUG SĄSIEDZKICH
UCZESTNIKA /UCZESTNICZKI PROGRAMU
"KORPUS WSPARCIA SENIORA" – MODUŁ I NA ROK 2024**

Imię i nazwisko:

Numer PESEL:

Miejsce zamieszkania:

Telefon kontaktowy:

Jednocześnie oświadczam, iż (zaznaczyć właściwe):

- Mieszkam na terenie Miasta Chojnice,
- Jestem osobą powyżej 60 roku życia,
- Jestem osobą mającą problemy związane z samodzielnym funkcjonowaniem ze względu na stan zdrowia,
- Prowadzę samodzielne gospodarstwo domowe,
- Mieszkam z osobami bliskimi, które nie są w stanie zapewnić mi wystarczającego wsparcia,
- Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności,
- Nie korzystam z usług opiekuńczych świadczonych przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Chojnicach.

.....
data, czytelny podpis uczestnika/uczestniczki

Wskazuję osobę do świadczenia usług sąsiedzkich:

Imię i nazwisko:

Miejsce zamieszkania:

Telefon kontaktowy:

Oświadczenie osoby wskazanej do świadczenia usług sąsiedzkich:

Potwierdzam, że zostałam/łem poinformowana/ny przez wyżej wymienionego uczestnika Programu o przekazaniu do Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Chojnicach moich danych osobowych (w zakresie: imię, nazwisko, miejsce zamieszkania, telefon kontaktowy) jako osoby świadczącej usługi sąsiedzkie w Programie „*Korpus Wsparcia Seniorów*” – *Moduł I na rok 2024*.

.....
data, czytelny podpis osoby świadczącej usługi sąsiedzkie