



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



Centrum Usług Społecznych
Gminy Głowczyce

KARTA ZGŁOSZENIA

do Programu „Korpus Wsparcia Seniorów”- edycja 2026

MODUŁ II- usługi opiekuńcze poprzez dostęp do tzw. „opieki na odległość”

CZEŚĆ A: DANE OSOBOWE SENIORA (Wypełniać drukowanymi literami)

1. Dane uczestnika Programu:

- 1) Imię (imiona)i nazwisko.....
- 2) Adres:
- 3) Telefon kontaktowy:
- 4) Data urodzenia:.....
- 5) Numer PESEL.....

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

Tak / Nie .

Jeżeli Tak, proszę podać jego imię i nazwisko:

.....

W przypadku reprezentowania uczestnika programu przez opiekuna prawnego, kuratora lub pełnomocnika, do niniejszej karty zgłoszenia należy dołączyć oryginał lub notarialnie poświadczony odpis aktu notarialnego (pełnomocnictwo notarialne) bądź prawomocne postanowienie sądu o ustanowieniu opieki/kurateli. Niedopełnienie tego wymogu uniemożliwi rozpatrzenie wniosku.

CZEŚĆ B: SYTUACJA ŻYCIOWA I ZDROWOTNA (Zaznaczyć właściwe znakiem X)

1. Status gospodarstwa domowego:

- Samotnie gospodarujący (mieszkam sam/a)
- Wspólnie gospodarujący (mieszkam z rodziną/bliskimi, którzy nie są w stanie zapewnić mi opieki w ciągu dnia)

2. Główne problemy zdrowotne (można zaznaczyć kilka):

- Problemy z poruszaniem się / ryzyko upadków
- Choroby układu krążenia / serca
- Problemy z pamięcią / orientacją
- Inne przewlekłe schorzenia:

3. Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności -Tak / Nie

(w przypadku zaznaczenia TAK – należy dołączyć kserokopię orzeczenia do wniosku);



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



Centrum Usług Społecznych
Gminy Główny

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

Jeśli TAK, to w jakim zakresie:

.....
.....
.....

5. Czy korzysta Pan(i) obecnie z innych form wsparcia lub pomocy w codziennym funkcjonowaniu?

Tak / Nie

Jeśli Tak, to z jakich? (zaznaczyć właściwe):

- usługi opiekuńcze
- usługi asystencji osobistej
- opieka wytchnieniowa
- wsparcie członków rodziny
- prywatna opieka
- inne (jaki?):

CZĘŚĆ D: ANKIETA TECHNICZNA ZASIĘGU

1. Czy w Pana(i) miejscu zamieszkania działa stałe, włączone **Wi-Fi**?

- TAK (Nazwa sieci, jeśli wyraża Pan(i) zgodę na jej konfigurację w opasce:)
- NIE

2. Z jakiej sieci komórkowej korzysta Pan/Pani na co dzień?

(Proszę zaznaczyć właściwego operatora)

- Orange
- Plus
- T-Mobile
- Play
- Inna sieć (jaka?):
- Nie korzystam z telefonu komórkowego



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



Centrum Usług Społecznych
Gminy Głowczyce

3. Jak ocenia Pan/Pani zasięg i stabilność tej sieci wewnątrz swojego domu?

(Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)

- Bardzo dobry (zawsze mogę rozmawiać bez problemów)
- Średni (czasami zrywa połączenia lub głos przerywa)
- Bardzo zły (często zrywa połączenia lub całkowicie brakuje zasięgu)

4. Czy potrafi Pan(i) obsługiwać tradycyjny zegarek elektroniczny lub telefon?

TAK / NIE

CZĘŚĆ E: DANE OSOBY DO KONTAKTU W RAZIE ALARMU (Opiekun / Rodzina / Sąsiad)

Wskazanie numerów kontaktowych jest niezbędne do prawidłowego funkcjonowania systemu teleopieki. Osoby te będą powiadamiane przez operatora Telecentrum w przypadku uruchomienia sygnału SOS.

OSOBA KONTAKTOWA I (Główna):

Imię i nazwisko:

Stopień pokrewieństwa/relacja:

Numer telefonu (całodobowy):

OSOBA KONTAKTOWA II (Rezerwowa):

Imię i nazwisko:

Stopień pokrewieństwa/relacja:

Numer telefonu (całodobowy):



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



Centrum Usług Społecznych
Gminy Główczyce

POUCZENIA, OŚWIADCZENIA I PODPIS

1. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia wynikającej z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r.- Kodeks karny (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 383). Oświadczam, że wszystkie dane podane w karcie zgłoszenia są zgodne ze stanem faktycznym.
2. Zobowiązuję się do właściwego użytkowania, dbania o stan techniczny oraz regularnego ładowania przekazanej opaski bezpieczeństwa. Przyjmuję do wiadomości, że urządzenie stanowi własność Gminy i zobowiązuję się do jego niezwłocznego zwrotu do CUS Gminy Główczyce w przypadku rezygnacji z udziału w Programie, zmiany miejsca zamieszkania poza teren gminy lub zakończenia realizacji Programu.
3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z Regulaminem rekrutacji do Programu „Korpus Wsparcia Seniorów”- edycja 2026 i akceptuję jego zasady. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez CUS Gminy Główczyce na potrzeby realizacji programu zgodnie z RODO.

Wykaz wymaganych załączników (zaznaczyć X o ile dołączono):

- Załącznik nr 1- Oświadczenie o braku możliwości zapewnienia stałego bezpieczeństwa i opieki przez rodzinę (*obligatoryjnie*)
- Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (*jeśli dotyczy*).
- Oryginał lub poświadczony odpis aktu notarialnego (pełnomocnictwo notarialne) lub prawomocne postanowienie sądu o ustanowieniu opieki prawnej/kurateli- *wymagane wyłącznie, gdy wniosek w imieniu seniora składa opiekun prawny lub pełnomocnik.*

.....
miejsowość, data

.....
Podpis kandydata, opiekuna prawnego lub pełnomocnika