

**Formularz zgłoszeniowy uczestnictwa
w Domu Dziennego Wsparcia**

Informacje wypełniane przez PSONI Koło w Mielcu	
Data przyjęcia formularza	
Godzina przyjęcia formularza	
Numer formularza	
Podpis Koordynatora	

DANE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Lp.	Nazwa	
1.	Imię	
2.	Nazwisko	
3.	PESEL	
4.	Płeć	
5.	Województwo	
6.	Powiat	
7.	Gmina	
8.	Miejscowość	
9.	Ulica	
10.	Nr budynku	
11.	Nr lokalu	
12.	Kod pocztowy	
13.	Telefon kontaktowy	
14.	Osoba z niepełnosprawnościami	☐ TAK ☐ NIE
	w tym: orzeczenie o stopniu niepełnosprawności	☐ Niepełnosprawność w stopniu lekkim ☐ Niepełnosprawność w stopniu umiarkowanym ☐ Niepełnosprawność w stopniu znacznym

		Symbol przyczyny niepełnosprawności: Data ważności orzeczenia:
15.	Ubezważnowolnienie	☐ TAK ☐ CZĘŚCIOWE ☐ CAŁKOWITE ☐ NIE

DANE OPIEKUNA FAKTYCZNEGO

Lp.	Nazwa	
1.	Imię	
2.	Nazwisko	
3.	Województwo	
4.	Powiat	
5.	Gmina	
6.	Miejscowość	
7.	Ulica	
8.	Nr budynku	
9.	Nr lokalu	
10.	Kod pocztowy	
11.	Telefon kontaktowy	
12.	Adres e-mail	

OŚWIADCZENIA DO UDZIAŁU W DOMU DZIENNEGO WSPARCIA

Świadoma/-y odpowiedzialności karnej oświadczam, że:

- wszystkie dane, dot. uczestnictwa osoby niepełnosprawnej, której jestem opiekunem faktycznym w Domu Dziennego Wsparcia są prawdziwe,
- deklaruję chęć udziału osoby niepełnosprawnej, której jestem opiekunem faktycznym w Domu Dziennego Wsparcia,
- zapoznałam/em się z Regulaminem rekrutacji do Domu Dziennego Wsparcia oraz akceptuję jego warunki,
- wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie swoich danych osobowych do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji i uczestnictwa osoby niepełnosprawnej, której jestem opiekunem faktycznym w Domu Dziennego Wsparcia
- wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie danych osobowych osoby niepełnosprawnej, której jestem opiekunem faktycznym do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji i uczestnictwem w Domu Dziennego Wsparcia,
- udzielam nieodwołalnego i nieodpłatnego prawa wielokrotnego, wykorzystywania zdjęć z wizerunkiem osoby niepełnosprawnej, której jestem opiekunem faktycznym, bez konieczności każdorazowego ich zatwierdzania. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych zdjęć za pośrednictwem dowolnych mediów wyłącznie w celu zgodnym z prowadzoną działalnością Dom Dziennego Wsparcia”,

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis opiekuna faktycznego)

.....
(podpis Koordynatora)