



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

„Domowe usługi opiekuńcze dla osób niesamodzielnych w województwie opolskim”
realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego
współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego na lata 2014-2020

Dane Beneficjenta:

Imię: _____

Nazwisko: _____

Wiek: _____

PESEL: _____

Dane kontaktowe:

Adres korespondencyjny: _____

Powiat: _____

Telefon: _____

E-mail: _____

Jednostka chorobowa:



Choroby towarzyszące:

Czy Beneficjent samotnie zamieszkuje gospodarstwo domowe? Tak/ Nie

Dane opiekuna faktycznego(imię, nazwisko, telefon kontaktowy)

Czy opiekun faktyczny Beneficjenta jest osobą pracującą? Tak/ Nie

Czy Beneficjent w chwili obecnej korzysta ze świadczeń finansowanych przez NFZ?

- *Pielęgniarskiej opieki długoterminowej Tak/ Nie*
- *zespołu opieki dla pacjentów wentylowanych mechanicznie w domu Tak/ Nie*
- *rehabilitacji w miejscu zamieszkania*

Czy Beneficjent ma orzeczenie o niepełnosprawności? Tak/ Nie

Oświadczam, że zgodnie z art. 24 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U z 2002 r Nr 101. pozz926 ze zm) zostałem/am poinformowany/a o tym, że dane zbierane są przez Spółkę Medsal , ul. Robotnicza 7 , 49-300 Brzeg w celach rekrutacji do projektu.

.....

data i podpis Beneficjent/Opiekuna faktycznego