

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

*„Rozwój domowych usług opiekuńczych dla osób niesamodzielnych w województwie opolskim”*

*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 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. Poz 926 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*