

.....
Imię i Nazwisko

.....
Miejscowość, data

.....
Adres zamieszkania

.....
Telefon

WNIOSEK O PRZYJĘCIE DO DZIENNEGO DOMU „SENIOR +”

Zwracam się z prośbą o przyjęcie do Dziennego Domu „Senior+” prowadzonego w Mogilnie Nr 14 oraz umożliwienie korzystania ze wszystkich form usług świadczonych w trybie dziennym.

.....
Podpis

KWESTIONARIUSZ KANDYDATA

Do udziału w Programie Wieloletnim „SENIOR+” w Gminie Korzenna z siedzibą w Mogilnie

Współfinansowanym ze środków Ministerstwa Rodziny Pracy i Polityki Społecznej

DANE OGÓLNE	
IMIĘ	
NAZWISKO	
PESEL	
WYKSZTAŁCENIE	
PŁEĆ	
ADRES ZAMIESZKANIA / DANE KONTAKTOWE	
MIEJSCOWOŚĆ	
NR DOMU	
KOD POCZTOWY	
TEL. KOMÓRKOWY	
TEL. STACJONARNY	
ADRES E-MAIL	
Jestem osobą nieaktywną zawodowo TAK NIE	
KRÓTKI OPIS SYTUACJI RODZINNEJ	
Sytuacja dochodowa	
Sytuacja mieszkaniowa	
Sytuacja zdrowotna	
STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI /GRUPA INWALIDZKA (właściwe podkreślić)	
Znaczny / I grupa inwalidzka	
Umiarkowany / II grupa inwalidzka	
Lekki / III grupa inwalidzka	
Inne ważne informacje przydatne w funkcjonowaniu w Dziennym Domu	
Doświadczenie zawodowe	
Oczekiwania	
Zainteresowania	

Osoba upoważniona do kontaktu w razie nagłej sytuacji	
Imię i nazwisko	
Stopień pokrewieństwa	
Telefon kontaktowy	
WYMAGANE OŚWIADCZENIA	
<u>Oświadczenie o wysokości osiągniętych dochodów we wspólnym gospodarstwie domowym</u> za miesiąc poprzedzający złożenie kwestionariusza (dochód po odliczeniu podatku, składki zdrowotnej) zł słownie złotych..... Oświadczam, że wysokość dochodu we wspólnym gospodarstwie domowym na jednego członka rodziny wynosi zł słownie złotych	
.....	
Data	Czytelny podpis

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię i Nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

Stwierdzam:

1) brak przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach ruchowych (kinezyterapii)/
sportowo – rekreacyjnych i aktywizujących w Dziennym Domu „Senior +” w Mogilnie,

2) wystąpienie przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach Dziennego Domu „Senior
+” w Mogilnie w zajęciach:

ruchowych (kinezyterapii)* ☐

sportowo – rekreacyjnych* ☐

aktywizujących* ☐

*właściwe pole ☐ zaznaczyć znakiem „X”

.....
/pieczęć i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenia/