

**Formularz zgłoszeniowy
do projektu „Usługi społeczne szansą na niezależność”**

| | |
|------------------------------|--|
| Imię i nazwisko: | |
| Miejsce zamieszkania: | |
| Data urodzenia: | |
| Telefon/e-mail: | |

1. Czy korzysta Pan(i) ze świadczeń pomocy społecznej: tak nie
2. Czy dochód na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego, o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej: tak nie

Załączniki:

1. Dokument potwierdzający wiek
2. Zaświadczenie o stanie zdrowia tj. ksero odpowiedniego orzeczenia lub innego dokumentu poświadczającego stan zdrowia
3. Zaświadczenie o korzystaniu ze świadczeń pomocy społecznej (jeśli dotyczy)

Oświadczenie

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wyłącznie w celu realizacji projektu „Usługi społeczne szansą na niezależność”

.....
(miejsce, data i podpis uczestnika projektu)