**

*Załącznik nr 2 do Regulaminu korzystania z usług społecznych […]*

**KWESTIONARIUSZ OSOBOWY**

*(do wniosku o udzielenie usług społecznych)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE CZŁONKA RODZINY** | | | | | | | | | | | |
| **IMIĘ** |  | | | | | | | | | | |
| **NAZWISKO** |  | | | | | | | | | | |
| **OBSZAR ZAMIESZKANIA** | ⬜ miasto ⬜ wieś | | | | | | | | | | |
| **ADRES ZAMIESZKANIA** | Ulica: …………………………………………………………………………………………………………………….  Miejscowość/kod pocztowy: …………………………………………………………………………………  GMINA ALWERNIA | | | | | | | | | | |
| **PESEL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **DATA URODZENIA** |  | | | | | | | | | | |
| **STAN CYWILNY** |  | | | | | | | | | | |
| **PŁEĆ** | ⬜ kobieta ⬜ mężczyzna | | | | | | | | | | |
| **ADRES E-MAIL** |  | | | | | | | | | | |
| **TELEFON KONTAKTOWY** |  | | | | | | | | | | |
| **ORZECZONA NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ** | ⬜ nie dotyczy  ⬜ orzeczenie o niepełnosprawności (dziecko do 16 r.ż)  ⬜ znaczny stopień  ⬜ umiarkowany stopień  ⬜ lekki stopień  ⬜ orzeczenie o niezdolności do pracy/ samodzielnej egzystencji  ⬜ inne………………………………………………………………… | | | | | | | | | | |
| **STATUS NA RYNKU PRACY** | ⬜ nie dotyczy (*dotyczy wyłącznie dzieci do 18 r.ż.*)  ⬜ zatrudniony  ⬜ własna działalność gospodarcza  ⬜ emeryt/ rencista  ⬜ bezrobotny (*zarejestrowany w PUP*)  ⬜ nieaktywny zawodowo (*niezarejestrowany w PUP*)  ⬜ inny………………………………………………………………… | | | | | | | | | | |
| **DODATKOWE INFORMACJE:**  *(np. szczególne potrzeby osoby)* |  | | | | | | | | | | |

**Wnioskuję o objęcie w/w osoby następującymi formami wsparcia:**(usługi społeczne w rozumieniu *Ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych*):

|  |  |
| --- | --- |
| **ASYSTENT OSOBY STARSZEJ LUB/I NIEPEŁNOSPRAWNEJ** | **⬜** |
| **CENTRUM AKTYWNOŚCI DLA SENIORÓW** | **⬜** |
| **USŁUGI INTEGRACYJNE I EDUKACYJNE DLA RODZIN** | **⬜** |
| **ANIMACJA ŚRODOWISKOWA I WOLONTARIAT** | **⬜** |
| **USŁUGI WSPARCIA SPECJALISTYCZNEGO:**   1. **…………………………………………………………………………….** 2. **………………………………….…………………………………………** 3. **…………………………………………………………………………….** 4. **…………………………………………………………………………….** 5. **…………………………………………………………………………….** | **⬜** |
| **OPIEKA WYTCHNIENIOWA** | **⬜** |

1. ***Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym*** *-   
   Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia przewidzianej w art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. KODEKS KARNY.*
2. *Oświadczam, że* ***wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody****[[1]](#footnote-1) na przetwarzanie mojego wizerunku do celów związanych z realizacją usług.*

*(Wyrażenie zgody jest jednoznaczne z tym, że fotografie, filmy lub nagrania wykonane podczas realizacji niektórych usług mogą być zamieszczone na stronie internetowej CUS Alwernia i Gminy Alwernia oraz wykorzystane w materiałach drukowanych)*

…………………………………………………………...

data i czytelny podpis   
wnioskodawcy/ przedstawiciela ustawowego

1. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)