

OCENA KRYTERIÓW KWALIFIKOWALNOŚCI UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI DO PROGRAMU KORPUS WSPARCIA SENIORÓW MODUŁ II NA ROK 2024

Kandydat / kandydatka:

- ☐ mieszka na terenie miasta Będzin
- ☐ ma 60 lat lub więcej
- ☐ wymaga wsparcia w codziennym funkcjonowaniu z powodu: *wieku / stanu zdrowia / niepełno-
sprawności (niewłaściwe skreślić)*

Powyższe stwierdzono na podstawie:

- ☐ dokumentu tożsamości
- ☐ informacji zawartych w formularzu rekrutacyjnym
- ☐ innych dokumentów / rozmowy / wywiadu / obserwacji

.....
.....
.....

Podsumowanie oceny

Kandydat / kandydatka **SPEŁNIA** / **NIE SPEŁNIA** *(niewłaściwe skreślić)* warunki udziału oraz

- ☐ **kwalifikuje się** ☐ **nie kwalifikuje się**

do objęcia wsparciem w zakresie usługi teleopieki w ramach Programu Korpus Wsparcia Seniorów Moduł II na rok 2024.

Na podstawie przeprowadzonej Oceny stwierdzono, że osoba wymagająca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu kwalifikuje się do objęcia wsparciem w ramach:

USŁUGI TELEOPIEKI

- ☐ **TAK** ☐ **NIE**

UWAGI:

.....
.....

.....
miejscowość, data

.....
podpis osoby upoważnionej do przeprowadzenia oceny