|  |
| --- |
| **KARTA WIZYTY OPIEKUNA** |

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa beneficjenta | Powiat Lwówecki |
| Nazwa projektu | Pomocna Dłoń dla powiatu lwóweckiego – usługi opiekuńcze dla osób wymagających wsparcia |
| Program operacyjny | Program Fundusze Europejskie dla Dolnego Śląska 2021-2027 współfinansowane ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus |
| Oś priorytetowa | 7Fundusze Europejskie na rzecz rynku pracy i włączenia społecznego na Dolnym Śląsku |
| Działanie | FEDS.07.07. Rozwój usług społecznych i zdrowotnych |
| Numer umowy o dofinansowanie projektu | **………………………..** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dane uczestnika/-czki** | **Nazwa** | **Pole danych** | | |
| Imię |  | | |
| Nazwisko |  | | |
| PESEL | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ | | |
| Płeć | kobieta mężczyzna | | |
| Ulica |  | | |
| Nr domu |  | Nr lokalu |  |
| Miejscowość |  | | |
| Kod pocztowy | \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_ | Poczta |  |
| Powiat |  | | |
| Telefon kontaktowy (stacjonarny)[[1]](#footnote-1) |  | | |
| Telefon kontaktowy (komórkowy) |  | | |
| Adres e-mail[[2]](#footnote-2) |  | | |
| Osoba z niepełnosprawnościami | Tak  Nie  Odmowa podania informacji | | |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) | Tak  Nie  Odmowa podania informacji | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data wizyty | Czas trwania wizyty | podpis opiekuna |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że:

* wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Wnioskodawcę – Powiat Lwówecki, ul. Szpitalna 4, 59-600 Lwówek Śląski.
* Oświadczam, iż jestem świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oraz potwierdzam, że wszystkie dane podane przeze mnie są prawdziwe.

Czytelny podpis opiekuna (pieczątka)

*…………………………………………………….*

1. Należy wskazać numer telefonu stacjonarnego lub wpisać w kolejnej rubryce numer telefonu komórkowego. [↑](#footnote-ref-1)
2. [↑](#footnote-ref-2)