

Wypełnia osoba upoważniona przez Realizatora Programu	Potwierdzenie złożenia wniosku (data wpływu)	Podpis osoby przyjmującej wniosek
--	--	-----------------------------------

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU W PROGRAMIE „KORPUS WSPARCIA SENIORÓW” na rok 2023

Szanowna Pani/Szanowny Panie,

Wypełnienie i przekazanie niniejszego formularza w zakresie danych dotyczących Pani/Pana imienia i nazwiska oraz danych kontaktowych jest niezbędne w celu właściwej realizacji usług wsparcia przez Centrum Teleopieki (dane osobowe niezbędne).

I CZĘŚĆ- DANE OSOBOWE NIEZBĘDNE

I CZĘŚĆ – DANE UCZESTNIKA A (PROSZE WYPEŁNIĆ DRUKOWANymi LITERAMI)	IMIĘ I NAZWISKO		PESEL	
	TELEFON KONTAKTOWY UŻYTKOWNIKA A			
	ADRES STAŁEGO POBYTU UŻYTKOWNIKA A			

W związku z przystąpieniem do projektu realizowanego w ramach świadczenia usługi Teleopieki oświadczam, że wyrażam dobrowolnie i świadomie zgodę na kontakt ze mną ze strony Centrum Teleopieki w razie zgłoszenia przeze mnie nagłego pogorszenia zdrowia za pośrednictwem Teleopieki zgodnie z warunkami zawartej przeze mnie umowy uczestnictwa.

II CZĘŚĆ- MINIMALNE WARUNKI UDZIAŁU

Proszę zaznaczyć X jeśli Pan/Pani spełnia poniższe kryteria.

Aby zakwalifikować się do udziału w projekcie **MUSI** PAN/PANI SPEŁNIAĆ ŁĄCZNIE PONIŻSZE KRYTERIA WŁĄCZENIA:

- Mieszkam na terenie Gminy WIEPRZ
- Jestem osobą niesamodzielną, co oznacza niemożliwość wykonywania samodzielnie przynajmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.
- Jestem osobą powyżej 65 roku życia, liczonego w dniach, na dzień złożenia niniejszego formularza

III CZĘŚĆ – PREFERENCYJNE WARUNKI UDZIAŁU

- Jestem osobą z niepełnosprawnością, posiadającą odpowiednie orzeczenie lekarskie w tym zakresie
- Jestem osobą samotną, żyjącą w ramach jednoosobowego gospodarstwa domowego
- Jestem osobą powyżej 70 roku życia, liczonego w dniach, na dzień złożenia niniejszego formularza

IV CZĘŚĆ- OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że:

1. Wyrażam zgodę na realizację usługi Teleopieki, rozumiem jej cel i deklaruję chęć objęcia mnie niniejszą usługą;
2. Zapoznałam/zapoznałem się z Regulaminem rekrutacji i udziału wraz z załącznikami, rozumiem i akceptuję jego zapisy i zobowiązuję się do jego przestrzegania;
3. Spełniam kryteria kwalifikowalności, o których mowa w Regulaminie, uprawniające mnie do udziału w realizacji niniejszej usługi.

.....
(data i podpis osoby składającej oświadczenie)

IV CZĘŚĆ – DANE OSOBOWE DOBROWOLNE

Na obecnym etapie podanie przez Panią/Pana danych o stanie zdrowia jest dobrowolne, przy czym podanie tych danych może pomóc podnieść jakość realizowanych na Pani/Pana rzecz usług przez Centrum Teleopieki (dane osobowe podawane dobrowolnie).

Wzrost.....

Masa ciała.....

Standardowe ciśnienie skurczowe.....

Standardowe ciśnienie rozkurczowe.....

<p>I CZĘŚĆ – CHOROBY KANDYDAT A</p> <p>Obok proszę wpisać np. zdiagnozowane, przebyte i aktualne choroby, stopień niepełnosprawności, informacje o wszczepionych urządzeniach medycznych, inne informacje, które uzna Pani/Pan za istotne</p>		<p>II CZĘŚĆ – AKTUALNIE PRZYJMOWANE LEKI</p> <p>Obok proszę wpisać, jakie przyjmuje Pani/Pan leki zarówno na receptę, jak i bez recepty</p>	
--	--	--	--

INFORMACJE DODATKOWE

(np. szczególne warunki mieszkaniowe, informacje kto posiada klucze do mieszkania w sytuacji nagłej)

--

V CZĘŚĆ - OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA WSPARCIA W ZAKRESIE UDOSTĘPNIENIA DANYCH O STANIE ZDROWIA PRZEZ TELECENTRUM SWOJEMU OPIEKUNOWI (DLA KAŻDEGO OPIEKUNA OSOBNO)

Wyrażam zgodę na przekazywanie wszelkich informacji o stanie mojego zdrowia i samopoczucia oraz na kontaktowanie się ze strony Telecentrum ze wskazanym przeze mnie Opiekunem we wszystkich sprawach związanych ze zgłoszeniem przeze mnie nagłego pogorszenia zdrowia za pośrednictwem Teleopieki.

NAZWISKO I IMIĘ OPIEKUNA	
NUMER TELEFONU OPIEKUNA	
ADRES E-MAIL OPIEKUNA (potrzebny do założenia aplikacji)	

NAZWISKO I IMIĘ OPIEKUNA	
NUMER TELEFONU OPIEKUNA	
ADRES E-MAIL OPIEKUNA (potrzebny do założenia aplikacji)	

.....
(data i podpis osoby składającej oświadczenie)

**Klauzula RODO o przetwarzaniu danych osobowych w Programie
Pn. „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2023**

Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, dalej RODO).

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Wieprzu z siedzibą w Wieprzu przy ul. Wadowicka 4 – Realizator Programu.
2. W kwestiach związanych z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych można skontaktować się z inspektorem ochrony danych osobowych działającym u Administratora danych mailowo na adres: iod@wieprz.pl, bądź pisemnie na adres siedziby Administratora.
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji Programu „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2023 zgodnie z zasadami określonymi w Regulaminie.
4. Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych są następujące przepisy RODO: art. 6 ust. 1 lit. b (przeprowadzenie rekrutacji w celu zawarcia umowy wsparcia oraz wykonywanie umowy wsparcia), art. 6 ust. 1 lit. c (realizacja obowiązków prawnych ciążących na administratorze danych), art. 6 ust. 1 lit. e (przetwarzanie jest niezbędne dla wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym) i art. 9 ust. 2 lit. h (przetwarzanie jest niezbędne do celów profilaktyki zdrowotnej)
5. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa, a także na podstawie podpisanych umów powierzenia, w tym podmioty z którymi Realizatorzy Programu współpracują przy realizacji Programu – w szczególności jednostka samorządu terytorialnego, na obszarze której zamieszkuje Uczestnik Programu oraz dostawca usługi tzw. „opasek bezpieczeństwa”.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres prawem przewidziany, jak również zgodnie z obowiązkami administratora w zakresie wymaganego okresu przechowywania dokumentacji, w tym dokumentacji finansowej związanej z realizacją Programu. W odrębnych terminach mogą być przetwarzane dane osobowe związane z realizacją ochrony roszczeń i ich przedawnieniem.
7. Ma Pani/Pan prawo do: dostępu swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania w sytuacjach prawem przewidzianych, do wniesienia sprzeciwu, do przenoszenia danych.
8. W razie uznania, że Pani/Pana dane osobowe nie są przetwarzane w sposób prawidłowy, ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
9. Podanie przez Panią/Pana danych jest dobrowolne, lecz zarazem konieczne aby mogła Pani/mógł Pan wziąć udział w Programie.
10. Pani/Pana dane nie będą podlegały zautomatyzowanemu przetwarzaniu danych, jak również nie będą przekazywane do państw trzecich.

.....
(miejsowość, data)

.....
(czytelny podpis Kandydata/Kandydatki
lub Opiekuna faktycznego*)

.....
(czytelny podpis Opiekuna)

Pouczenie

Składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą podlega odpowiedzialności karnej zgodnie z art. 233 Kodeksu Karnego

*Dopuszcza się podpis opiekuna faktycznego osoby niesamodzielnej wyłącznie w sytuacji, o której mowa w § 10 ust.2 Regulaminu