

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

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROGRAMU OSŁONOWEGO NA ROK 2025
„Korpus Wsparcia Seniorów”
MODUŁ II – OPASKI BEZPIECZEŃSTWA**

Ja niżej podpisany/a zgłaszam potrzebę i chęć skorzystania z usług teleopieki w ramach Programu Osłonowego Korpus Wsparcia Seniorów na rok 2025 realizowanego w Gminie Siewierz.

I CZĘŚĆ-DANE OSOBOWE UCZESTNIKA

I CZĘŚĆ – DANE UCZESTNIKA (PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)	IMIĘ I NAZWISKO			
	PESEL		DATA URODZENIA	
	TELEFON KONTAKTOWY		E-MAIL	
	ADRES STAŁEGO MIEJSCA ZAMIESZKANIA			

II CZĘŚĆ

Proszę odpowiedzieć na poniższe pytania (odpowiednio zaznaczyć X) :

1. Czy ukończył/a Pan/Pani 60 rok życia ?

TAK

NIE

2. Czy jest Pan/Pani mieszkańcem gminy Siewierz ?

TAK

NIE

3. Czy ma Pan/Pani problemy z samodzielnym funkcjonowaniem ze względu na stan zdrowia ?

TAK

NIE

4. Jako rodzaj gospodarstwa domowego Pan/Pani prowadzi ?

Samodzielne gospodarstwo domowe

Mieszkam z rodziną, która nie jest mi w stanie zapewnić wystarczającego wsparcia

5. Czy legitymuje się Pan/Pani orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności?

TAK

Proszę zaznaczyć stopień niepełnosprawności:

I stopień (znaczny)

II stopień (umiarkowany)

III stopień (lekki)

NIE

III CZĘŚĆ – DANE OSOBOWE DOBROWOLNE

Wzrost.....
Masa ciała.....
Standardowe ciśnienie skurczowe.....
Standardowe ciśnienie rozkurczowe.....

I CZĘŚĆ – CHOROBY KANDYDATA <i>Obok proszę wpisać np. zdiagnozowa ne, przebyte i aktualne choroby, stopień niepełnospra wności, informacje o wszczepiony ch urządzeniach medycznych, inne informacje które uzna Pan/Pani za istotne</i>	II CZĘŚĆ – AKTUALNIE PRZYJMOWANE LEKI <i>Obok proszę wpisać, jakie przyjmuje Pan/Pani leki zarówno na receptę jak i bez recepty</i>
---	---

IV CZĘŚĆ- OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że:

1. Wyrażam zgodę na udział w Programie, rozumiem jego cel i deklaruję chęć uczestnictwa w nim.
2. Zapoznałem/Zapoznałam się z Regulaminem rekrutacji i udziału, 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 Programie.
4. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
5. Nie mam żadnych przeciwwskazań medycznych do korzystania z opaski bezpieczeństwa.
6. Rozumiem zakres i zasady świadczenia usługi teleopieki.
7. Zapoznałem się/Zapoznałam się z załączoną poniżej klauzulą informacyjną odnoszącą się do przetwarzania moich danych osobowych i wyrażam zgodę na jej postanowienia.

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

UWAGA

Wypełnienie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do Programu

KLAUZULA RODO

Administrator danych.

Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w Ośrodku Pomocy Społecznej w Siewierzu jest Kierownik Ośrodka Pomocy Społecznej w Siewierzu, ul. Słowackiego 1, 42-470 Siewierz

Inspektor ochrony danych.

Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym może się Pani/Pan skontaktować w sprawach związanych z ochroną danych osobowych, w następujący sposób:

- adres poczty elektronicznej: iod@ops.siewierz.pl

Cele przetwarzania danych osobowych i podstawa prawna.

Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji Programu „Korpus Wsparcia Seniorów” 2025 zgodnie z zasadami określonymi w Regulaminie. Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych są następujące przepisy rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych), zwanego dalej „RODO” tj. art. 6 ust. 1 lit. b (przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy), lit. c (realizacja obowiązków prawnych ciążących na administratorze danych), lit. e (przetwarzanie jest niezbędne dla wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym) art. 9 ust. 1 lit. h (przetwarzanie jest niezbędne do celów profilaktyki zdrowotnej).

Odbiorcy danych osobowych

Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa, 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. „opieki na odległość”. Dane mogą zostać również udostępnione podmiotom świadczącym usługi wsparcia technicznego systemów informatycznych wspierających realizację zadania.

Przechowywania danych

Państwa dane osobowe będziemy przechowywać przez okres niezbędny do osiągnięcia celu w którym dane zostały zebrane, a następnie, jeśli chodzi o materiały archiwalne, przez czas wynikający z przepisów ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach i wydanych na jej podstawie przepisów wykonawczych.

Prawa osób, których dane dotyczą

W związku z przetwarzaniem przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Siewierzu danych przysługuje Państwu:

- prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
- prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych jeżeli są nieprawidłowe oraz ich uzupełnienia;
- prawo do ograniczenia przetwarzania danych;
- prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa). Szczegółowych informacji na temat przysługujących praw i możliwości skorzystania z nich udziela Inspektor Ochrony Danych.

Informacja o wymogu podania danych

Podanie przez Panią/Pana danych jest dobrowolne, lecz zarazem konieczne aby mogła Pani/mógł Pan wziąć udział w Programie. Pani/Pana dane nie będą podlegały zautomatyzowanemu przetwarzaniu danych oraz nie będą wykorzystywane do profilowania, jak również nie będą przekazywane do państw trzecich.

Potwierdzenie zapoznania się z Informacją RODO

.....

Data i podpis wnioskodawcy