

<b>Wypełnia osoba upoważniona przez Realizatora Programu</b>	Potwierdzenie złożenia wniosku (data wpływu)		Podpis osoby przyjmującej wniosek		NUMER IMEI OPASKI:
--	--	--	-----------------------------------	--	--------------------

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UDZIAŁU W PROGRAMIE  
Pn. „Korpus Wsparcia Seniora 2024”**

Szanowna Pani/Szanowny Panie,

Administratorem Pani/Pana danych osobowych oraz danych osobowych Pani/Pana opiekuna (jeśli został wskazany) jest HRP Care sp. z o. o. z siedzibą w Łodzi (90-348) ul. Kilińskiego 185. Szczegółowe informacje na temat przetwarzania danych osobowych dostępne są w załączniku nr 1 oraz załączniku nr 2 do formularza.

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**

<b>I CZĘŚĆ – DANE UCZESTNIKA  (PROSZE WYPEŁNIĆ DRUKOWAN YMI LITERAMI)</b>	<b>IMIĘ I NAZWISKO</b>		<b>PESEL</b>	
	<b>TELEFON KONTAKTOWY UŻYTKOWNIKA</b>		<b>E-MAIL użytkownika</b>	
	<b>ADRES STAŁEGO POBYTU UŻYTKOWNIKA</b>			

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.

.....  
miejsowość, data

.....  
czytelny podpis

## 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 .....
- Jestem osobą mającą problemy z samodzielnym funkcjonowaniem ze względu na stan zdrowia, prowadzącą samodzielne gospodarstwo domowe lub mieszkającą z osobami bliskimi, które nie są w stanie zapewnić mi wystarczającego wsparcia.
- Jestem osobą powyżej 60 roku życia, liczonego w dniach, na dzień złożenia niniejszego formularza.

## III CZĘŚĆ – DODATKOWE (PREMIUJĄCE) KRYTERIA WYBORU KANDYDATÓW

Proszę zaznaczyć X jeśli Pan/Pani spełnia poniższe kryteria.

- Prowadzę jednoosobowe gospodarstwo domowe.
- Jestem osobą zagrożoną ubóstwem.
- Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności.

## IV CZĘŚĆ- OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że:

1. Wyrażam zgodę na udział w Programie, rozumiem jego cel i deklaruję chęć uczestnictwa w nim;
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 w/wym Programie;
4. Zapoznałem/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)

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

.....  
miejsowość, data

.....  
czytelny podpis

## VI CZĘŚĆ - OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA WSPARCIA

W związku z przystąpieniem do Programu pn. „Korpus Wsparcia Seniora” – usługa Teleopieki oświadczam, że wyrażam zgodę na kontakt ze mną ze strony Centrum Teleopieki w razie zgłoszenia przeze mnie nagłego pogorszenia samopoczucia lub zachowania za pośrednictwem Teleopaski zgodnie z warunkami zawartej przeze mnie umowy uczestnictwa.

Kontakt ze mną może nastąpić pod numerem telefonu:.....

Jednocześnie 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 Teleopaski.

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

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

.....  
miejsowość, data

.....  
czytelny podpis

## VII CZĘŚĆ - OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA WSPARCIA O WYRAŻENIU ZGODY NA OTRZYMYWANIE INFORMACJI O NOWYCH PROGRAMACH

- Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulami informacyjnymi stanowiącymi załącznik nr 1 i załącznik nr 2 do Formularza zgłoszeniowego.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez HRP Care sp. z o. o. w celach związanych z oferowaniem mi wzięcia udziału w nowych programach wsparcia Seniorów oraz innych podobnych działaniach
- Wyrażam zgodę na przesyłanie przez HRP Care sp. z o. o. informacji, o których mowa powyżej środkami komunikacji elektronicznej i/lub telefonicznie
- Wyrażam zgodę na otrzymywanie telefonicznych połączeń przychodzących i inicjowanych przez HRP Care Sp. z o. o. w w/w celach na numery wskazane w formularzu zgłoszeniowym

.....  
miejsowość, data

.....  
czytelny podpis

**Klauzula RODO o przetwarzaniu danych osobowych w Programie  
Pn. „ Korpus Wsparcia Seniora 2024”**

Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z Rozporządzeniem 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 Ośrodek Pomocy Społecznej z siedzibą w Siewierzu przy ul. Żwirki i Wigury 16 – 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@ops.siewierz.pl](mailto:iod@ops.siewierz.pl) pod nr tel. 32 64 99 493, bądź pisemnie na adres 42-470 Siewierz ul. Żwirki i Wigury 16
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji Programu „Korpus Wsparcia Seniora 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 wy), lit. c (realizacja obowiązków prawnych ciążących na administratorze danych), lit. e (przetwarzanie jest niezbędne dla wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym) lub/i lit. h (przetwarzanie jest niezbędne do celów profilaktyki zdrowotnej)
5. 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. „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.

.....  
miejscość, data

.....  
czytelny podpis Kandydata/Kandydatki  
lub Opiekuna faktycznego\*

**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*