|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Wypełnia pracownik OPS | Potwierdzenie złożenia wniosku (data wpływu) |  | Podpis osoby przyjmującej wniosek |  |

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UDZIAŁU W PROGRAMIE OSŁONOWYM**

**„ Korpus Wsparcia Seniora” na rok 2024**

**I CZĘŚĆ - DANE UCZESTNIKA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE UCZESTNIKA**  **(PROSZE WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)** | **IMIĘ I NAZWISKO** |  | **DATA URODZENIA** |  |  |
| **PESEL** |  | **TELEFON KONTAKTOWY 2**  **(jeśli posiadasz)** |  |
| **TELEFON KONTAKTOWY 1**  **(jeśli posiadasz)** |  | **E-MAIL**  **(jeśli posiadasz)** |  |
| **ADRES DO KORESPONDENCJI** |  | | |  |

**II CZĘŚĆ – WARUNKI UDZIAŁU**

Proszę zaznaczyć X jeśli Pani/Pan spełnia poniższe kryteria.

* Mieszkam na terenie Gminy Głogówek.
* Jestem osobą w wieku 60 lat lub więcej.
* Mam problemy z samodzielnym funkcjonowaniem ze względu na stan zdrowia oraz prowadzę samodzielnie gospodarstwo domowe/mieszkam z osobami bliskimi, które nie są w stanie zapewnić im wystarczającego wsparcia.[[1]](#footnote-1)

**III CZĘŚĆ- OŚWIADCZENIA**

Oświadczam, że:

1. Zapoznałam/zapoznałem się z Regulaminem rekrutacji i udziału wraz z załącznikami, rozumiem i akceptuję jego zapisy i zobowiązuję się do jego przestrzegania;
2. Wyrażam zgodę na udział w Programie, rozumiem jego cel i deklaruję chęć uczestnictwa w nim;
3. Spełniam kryteria kwalifikowalności, o których mowa w Regulaminie, uprawniające mnie do udziału  
   w ww. Programie;
4. Zostałem poinformowany o źródłach finansowania Programu;
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych wskazanych w formularzu rekrutacyjnym, jestem świadomy zakresu i celu przetwarzania danych osobowych zgodnie z Regulaminem (§12) oraz, że podanie danych osobowych jest niezbędne do wzięcia udziału w Programie;
6. Zapoznałam się/zapoznałem się z załączoną poniżej klauzulą informacyjną odnoszącą się do przetwarzania moich danych osobowych i wyrażam zgodę na jej postanowienia;
7. W moim miejscu zamieszkania stale dostępny jest sygnał telefonii komórkowej;
8. W moim miejscu zamieszkania nie ma żadnych przeszkód technicznych, które uniemożliwiałyby lub utrudniały świadczenie usług teleopiekuńczych;
9. Nie ma żadnych przeciwwskazań medycznych, które nie pozwalałyby mi na korzystanie z usług teleopiekuńczych;
10. Rozumiem zakres i zasady świadczenia usługi teleopiekuńczej.
11. Jestem świadomy odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

*…...................................................................*

*(data i podpis osoby składającej oświadczenie)*

**IV CZĘŚĆ – DODATKOWE INFORMACJE**

Wzrost……………………………………………………………………………………………………

Masa ciała………………………………………………………………………………………………

Standardowe ciśnienie skurczowe………………………………………………………….

Standardowe ciśnienie rozkurczowe………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CHOROBY KANDYDATA** |  | **AKTUALNIE PRZYJMOWANE LEKI** |  |

**Klauzula RODO o przetwarzaniu danych osobowych w Programie Osłonowym**

**„ Korpus Wsparcia Seniora” na rok 2024 w Gminie Głogówek Moduł II**

Pani/Pana dane osobowe będę 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 w Głogówku z siedzibą w Głogówku przy ul. Aleja Lipowa 6 B – 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: ops*@*ops*-*glogowek pod nr tel. 77 438 00 40, bądź pisemnie na adres 48-250 Głogówek, Aleja Lipowa 6B.
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji Programu Osłonowego „Korpus Wsparcia Seniora’’ na rok 2022 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.

……………………………….. …………………………………………………………

miejscowość, data czytelny podpis Kandydata/Kandydatki

lub Opiekuna faktycznego[[2]](#footnote-2)

*Pouczenie*

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

1. Niepotrzebne skreślić. [↑](#footnote-ref-1)
2. Dopuszcza się podpis opiekuna faktycznego osoby niesamodzielnej wyłącznie w sytuacji, o której mowa w § 10 ust.2 Regulaminu. [↑](#footnote-ref-2)