

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU W PILOTAŻOWYM PROGRAMIE WDRAŻANIA USŁUG OPIEKUŃCZYCH W FORMIE TELEOPIEKI

I CZĘŚĆ – DANE UCZESTNIKA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **(PROSZE****WYPEŁNIĆ****DRUKOWANYMI****LITERAMI)** | **IMIĘ** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **NAZWISKO** |  |
| **PESEL** |  | **DATA URODZENIA** |  |
| **TELEFON****KONTAKTOWY** |  | **E-MAIL (jeśli posiada Pan/Pani)** |  |
| **POWIAT** |  | **GMINA** |  |
| **MIEJSCOWOŚĆ** |  | **KOD POCZTOWY** |  |
| **ULICA/NR****BUDYNKU/NR****LOKALU** |  |

**II CZĘŚĆ – MINIMALNE WARUNKI UDZIAŁU W PROGRAMIE (kryteria włączenia)**

**Proszę podkreślić jeśli Pan/Pani spełnia poniższe kryteria.**

**UWAGA! PONIŻSZE KRYTERIA NALEŻY SPEŁNIAĆ ŁĄCZNIE!!!**

1) Mieszkam na terenie gminy Lesznowola

2) Nie korzystałam/em ze wsparcia w formie teleopieki.

3)Osoba w wieku poprodukcyjnym (60+ w przypadku kobiet, 65+ w przypadku mężczyzn)

III CZĘŚĆ – INFORMACJE O STANIE ZDROWIA

**Istotne informacje o stanie zdrowia dla służb ratunkowych/teleopieki** *(choroby np. sercowo- naczyniowe, cukrzyca, nadciśnienie, nowotwór obecnie leczony, alergie, astma, inne; rodzaje przyjmowanych leków: tabletki, zastrzyki, insulina; rodzaj diety (w tym PEG); inne ważne)*

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

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

**Informacje o niepełnosprawności:** Czy osoba posiada orzeczenie o stopniu niepełnosprawności?

**O Tak**

**O Nie**

**Jeśli tak proszę podać:**

stopień niepełnosprawności *(niewłaściwe skreślić)* : *lekki* / *umiarkowany/znaczny*

rodzaj dysfunkcji:

Orzeczenie zostało wydane *(niewłaściwe skreślić)* na *stałe/czas określony* do dnia …………………………

IV.OCENA SYTUACJI ŻYCIOWEJ KANDYDATA/KANDYDATKI DO PROJEKTU ORAZ JEJ OPIEKUNÓW FAKTYCZNYCH

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sytuacja rodzinna** | **Tak** | **Nie** |
|  Osoba samotna/ osoba samotnie gospodarująca |  |  |
|  Czy osoba zamieszkuje wspólnie z rodziną ? |  |  |
|   Czy osoba posiada rodzinę mieszkającą w tej samej miejscowości lub w okolicy ? |  |  |
|  Czy osoba posiada sąsiadów, z którymi utrzymuje stały kontakt w najbliższym otoczeniu (do 0,5 km)? |  |  |
| dochód dla osoby samotnej do 1164 zło netto |  |  |
| Dochód dla osoby samotnej od 1165 zł do 3104 zł netto |  |  |
| Dochód dla osoby samotnej powyżej 3104 zł netto |  |  |
| Dochód dla osoby w rodzinie do 900 złotych netto |  |  |
| Dochód dla osoby w rodzinie od 901 zł do 2400 zł netto |  |  |
| Dochód dla osoby w rodzinie powyżej 2400 złotych netto |  |  |

**Dane kontaktowe do opiekunów/ członków rodziny:**

 Imię, nazwisko ……………………………………………………………………………

 Adres ………………………………………… …………………………………………………………..

Telefon kontaktowy …………………………. Telefon kontaktowy ………………………….

KLAUZULA INFORMACYJNA

**DLA OSÓB KORZYSTAJĄCYCH Z USŁUGI TELEOPIEKI**

 Informujemy iż:

1. Administratorem Danych Osobowych jest: Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej reprezentowany przez Kierownika Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Lesznowoli.

Siedziba Administratora Danych Osobowych: 05-506 Lesznowola, ul. Gminna 66

Tel. (22) 2 ,adres e-mail: gops@gops-lesznowola.pl

2.Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych z którym można się skontaktować: mail a.grzeszczuk@polguard.pl, adres do korespondencji: Inspektor ochrony danych, Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Lesznowoli, ul. Gminna 66, (05-506) Lesznowola.

3. Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych jest art. 6 ust 1 lit c) i e) a także art. 9 ust 2 lit g) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO). Oznacza to, że Państwa dane będą przetwarzane w celu świadczenia usługi teleopieki w związku z zadaniem realizowanym w interesie publicznym oraz wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze danych wynikającego między innymi z ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.

​4. W celu skorzystania z usługi teleopieki podanie danych jest obowiązkowe. Brak podania danych skutkować będzie brakiem możliwości skorzystania z usług teleopieki.

5. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres konieczny do realizacji celu określonego w pkt 3, a po tym czasie zgodnie z terminami archiwizacji określonymi w ustawie o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz w jednolitym rzeczowym wykazie akt.

6. Państwa dane mogą być przekazywane jedynie podmiotom realizującym program Teleopieki.

7. Każda osoba, której dane dotyczą ma prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz możliwości ich aktualizacji, uzupełniania, sprostowania , prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania oraz jeśli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody – prawo do cofnięcia zgody. Każdy ma również prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych jeżeli uważa, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy prawa.

8. Dane osobowe nie będą podlegały profilowaniu.

9. Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

Pouczenie

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

 ………………………………… …………………………..

miejscowość, data czytelny podpis

Projekt *„Zwiększenie dostępności usług społecznych w gminie Lesznowola”* realizowany przez Gminę Lesznowola/Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Lesznowoli w partnerstwie z Ex Voto Magdalena Doberszyc ul. Kordeckiego 45/10 04-327 Warszawa, współfinansowany ze środków EFS w ramach RPOWM 2014-2020**,** oś priorytetowa IX *Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem;* Działanie 9.2 Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej