



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

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UDZIAŁU W PROGRAMIE

Pn. „Korpus Wsparcia Seniorów” na 2024 rok

I CZĘŚĆ-DANE UCZESTNIKA

| | | | | |
|---|--------------------------------|--|---------------------------------|--|
| I CZĘŚĆ – DANE UCZESTNIKA (PROSZE WYPEŁNIĆ DRUKOWANYM I LITERAMI) | IMIĘ I NAZWISKO | | DATA URODZENIA | |
| | PESEL | | TELEFON KONTAKTOWY 2 | |
| | TELEFON KONTAKTOWY 2 | | E-MAIL (jeśli posiadasz) | |
| | ADRES DO KORESPONDENCJI | | | |
| DANE OSOBY Z NAJBLIŻSZEGO OTOCZENIA (JEŚLI UCZESTNIK WSKAZUJE) | IMIĘ I NAZWISKO | | | |
| | TELEFON KONTAKTOWY | | | |

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 KRYTERA WŁĄCZENIA:**

- Mieszkam na terenie Gminy Skwierzyna
- Jestem osobą niesamodzielną, co oznacza niemożność wykonywania samodzielnie przynajmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego (np. przygotowywanie i spożywanie posiłków, poruszanie się, wychodzenie z domu, ubieranie i rozbieranie, higiena osobista, kontrolowanie czynności fizjologicznych).
- Jestem osobą powyżej 60 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 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 ww. Programie.
4. Zapoznałam się/zapoznałem 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 – DODATKOWE INFORMACJE (opis sytuacji zdrowotnej, przebyte zabiegi medyczne)

.....
.....
.....
.....
.....

Waga:

Wzrost:

Zwyczajowe ciśnienie:

Lista przyjmowanych leków:

.....
.....
.....
.....

Lista chorób:

.....
.....
.....
.....



KLAUZULA INFORMACYJNA

(dla osób ubiegających się o udział w Programie "Korpus Wsparcia Seniorów" na rok 2024)

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 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), publ. Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1, informujemy, że:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Ośrodek Pomocy Społecznej w Skwierzynie** reprezentowany przez Kierownika (adres: ul. Batorego 15, 66-440 Skwierzyna, tel. 95 717 14 12, adres e-mail: ops@skwierzyna.pl)
- 2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: inspektor@cbi24.pl lub pisemnie na adres Administratora.
- 3) Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu udziału w Programie „Korpus Wsparcia Seniora” na rok 2023, gdyż jest to niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c RODO, art. 9 ust.2 lit. b) w zw. z art. 17 ust. 2 pkt. 4 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. ustawy o pomocy społecznej oraz przyjętym przez Ministra Rodziny i Polityki Społecznej Programem „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2023, a także (art. 6 ust. 1 lit. e RODO) gdyż przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi.
- 4) Dane osobowe będą ujawniane osobom działającym z upoważnienia Administratora, mającym dostęp do danych osobowych i przetwarzającym je wyłącznie na polecenie Administratora, chyba że wymaga tego prawo UE lub prawo państwa członkowskiego. Dane będą również udostępnione podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa lub umów łączących te podmioty z Administratorem, w tym podmiotom uczestniczącym w realizacji Programu, tj. HRP Care Sp. z o. o. ul. Tymienieckiego 19a, 90-349 Łódź.
- 5) Dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji celu przetwarzania, o którym mowa w pkt. 3, z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach odrębnych, tj. 25 lat licząc od zakończenia udziału w Programie.
- 6) Pani/Pana dane będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, lecz nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym o profilowaniu.
- 7) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).
- 8) Osoba, której dane dotyczą ma prawo do:
 - dostępu do swoich danych osobowych;
 - sprostowania nieprawidłowych danych;
 - żądania usunięcia danych, o ile znajdzie zastosowanie jedna z przesłanek z art. 17 ust. 1 RODO;
 - żądania ograniczenia przetwarzania danych;
- 9) Ma Pani/Pan prawo złożenia skargi na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 – 193 Warszawa

.....
miejsowość, 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*