

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

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

I CZĘŚĆ-DANE UCZESTNIKA

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

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 :

- Mieszkam na terenie Miasta Zgorzelec
- Jestem osobą niesamodzielną, co oznacza niemożliwość 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 w wieku 60 lat i powyżej, liczonego w dniach, na dzień złożenia niniejszego formularza

III CZĘŚĆ – DODATKOWE INFORMACJE O UCZESTNIKU:

- Jestem osobą z niepełnosprawnością, posiadającą odpowiednie orzeczenie lekarskie w tym zakresie
- Jestem osobą samotną, żyjącą w ramach jednoosobowego gospodarstwa domowego
- Jestem osobą mieszkającą z osobami bliskimi, które nie są w stanie zapewnić mi wystarczającego wsparcia

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 O UDZIALE W PROGRAMIE

Standardowe ciśnienie skurczowe.....

Standardowe ciśnienie rozkurczowe.....

I CZĘŚĆ – CHOROBY KANDYDATA		II CZĘŚĆ – AKTUALNIE PRZYJMOWANE LEKI	

.....
(data i 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 Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Zgorzelcu z siedzibą przy ul. Traugutta 77b, tel. 757756911 reprezentowany przez Kierownika MOPS – 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: sekretariat@mops.zgorzelec.eu pod nr tel. 757756911, bądź pisemnie na adres Administratora.
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji Programu „Korpus Wsparcia Seniora 2024” 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, dostawca usługi tzw. „opasek bezpieczeństwa”. Ponadto Pani/Pana dane osobowe zostaną udostępnione Wykonawcy z którym MOPS zawarł umowę na świadczenie usługi codziennej, całodobowej opieki na odległość nad seniorami, który jest odrębnym Administratorem danych.
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 wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w Warszawie ul. Stawki 2.
9. Podanie przez Panią/Pana danych jest dobrowolne, lecz zarazem konieczne aby mogła Pani/mógł Pan wziąć udział w Programie. Odmowa podania danych
10. Pani/Pana dane nie będą podlegały zautomatyzowanemu przetwarzaniu danych, jak również nie będą przekazywane do państw trzecich.

.....
miejsowość, data

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