

**FORMULARZ REKRUTACYJNY DO UDZIAŁU W PROGRAMIE
KORPUS WSPARCIA SENIORÓW MODUŁ II – USŁUGA TELEOPIEKI
DLA MIESZKAŃCÓW BĘDZINA**

I CZĘŚĆ – DANE UCZESTNIKA

PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI	IMIĘ			
	NAZWISKO			
	PESEL			
	DATA URODZENIA		TELEFON KONTAKTOWY	
	MIEJSCOWOŚĆ		KOD POCZTOWY	
	ULICA/NR BUDYNKU/ NR LOKALU			

II CZĘŚĆ – MINIMALNE WARUNKI UDZIAŁU W PROJEKCIE

Proszę zaznaczyć X jeśli Pan / Pani spełnia poniższe kryteria.

- ☐ Mieszkam na terenie miasta Będzin
- ☐ Mam 60 lat lub więcej
- ☐ Wymagam wsparcia w codziennym funkcjonowaniu

III CZĘŚĆ INFORMACJA O STANIE ZDROWIA

OPIS INFORMACJI ZDROWOTNEJ KANDYDATA / KANDYDATKI DO PROGRAMU KWS

Istotne informacje o stanie zdrowia dla służb ratunkowych / teleopieki / (wypisać choroby, np. sercowo – naczyniowe, cukrzyca, nadciśnienie, nowotwór obecnie leczony, alergie, astma, inne; oraz rodzaje przyjmowanych leków: (wypisać nazwę leków)

.....

.....

.....

.....

wzrost (podać w centymetrach):

<p>Informacje o niepełnosprawności: Czy osoba posiada orzeczenie o stopniu niepełnosprawności?</p> <p><input type="checkbox"/> Tak</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Jeśli tak proszę podać:</p> <p>stopień niepełnosprawności (niewłaściwe skreślić): lekki / umiarkowany / znaczny</p> <p>rodzaj niepełnosprawności:</p>

OCENA SYTUACJI ŻYCIOWEJ KANDYDATA / KANDYDATKI DO PROGRAMU 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 okolicy?		
Czy osoba posiada sąsiadów, z którymi utrzymuje stały kontakt w najbliższym otoczeniu (do 0,5 km)?		

Sytuacja opiekunów prawnych / faktycznych osoby niesamodzielnej (jeśli dotyczy)	Tak	Nie
Czy osoba ma ustalonego opiekuna prawnego?		
Czy opiekun / rodzina może zapewnić pomoc osobie niesamodzielnej?		
W jakiej odległości od osoby niesamodzielnej mieszka opiekun?		

Dane kontaktowe do opiekunów / członków rodziny	
Imię i nazwisko	Imię i nazwisko
.....
telefon kontaktowy	telefon kontaktowy

IV CZĘŚĆ - OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że:

1. Wyrażam chęć udziału w Programie Korpus Wsparcia Seniorów Moduł II i oświadczam, że w przypadku zakwalifikowania będę stosował/a się do zasad, które określać będzie umowa świadczenia usług teleopiekuńczych.
2. Zapoznałem / zapoznałam się z *Regulaminem rekrutacji i udziału w Programie Korpus Wsparcia Seniorów Moduł II na 2025 r.*, akceptuję jego zapisy i zobowiązuję się do jego przestrzegania.
3. Spełniam kryteria kwalifikowalności, o których mowa w *Regulaminie*, uprawniające mnie do udziału w w/w Programie.
4. Przedstawione przeze mnie w niniejszym formularzu dane są prawdziwe i odpowiadają stanowi faktycznemu na dzień podpisania niniejszego formularza. Jestem świadomy / świadoma odpowiedzialności jaką ponoszę w przypadku podania nieprawdziwych danych.

.....
miejscowość, data

.....
czytelny podpis Kandydata / Kandydatki*

* *dopuszcza się podpis opiekuna faktycznego osoby niesamodzielnej wyłącznie w sytuacji o której mowa w § 6 pkt 7 Regulaminu Rekrutacji i Udziału w Teleopiece.*

Pouczenie:

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

Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych

Zgodnie z art. 13 i 14 *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)* (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016), dalej „*RODO*”, informujemy, iż:

1. **Administratorem** Państwa danych osobowych jest **Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej reprezentowany przez Dyrektora**, adres siedziby ul. 11 Listopada 1, 42-500 Będzin; tel.: (32) 296 21 31, strona internetowa: <https://www.mops.bedin.pl/>, adres e-mail: sekretariat@mops.bedin.pl.
2. MOPS wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się pod adresem e-mail: iod@mops.bedin.pl lub przysyłając korespondencję na adres MOPS z dopiskiem „IOD”.
3. **Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu świadczenia na Państwa rzecz usług wsparcia w ramach Programu Korpus Wsparcia Seniorów Moduł II na rok 2025.**
4. Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych w postaci zawartych w formularzu zgłoszenia oraz umowie są niezbędne w celu realizacji na usług teleopiekuńczych. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c *RODO* (przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze) tj. *ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej* oraz art. 9 ust. 2 lit. b *RODO* (przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązków i wykonywania szczególnych praw przez administratora w dziedzinie zabezpieczenia społecznego); art. 9 ust. 2 lit. g *RODO* (przetwarzanie jest niezbędne ze względów związanych z ważnym interesem publicznym, na podstawie prawa państwa członkowskiego, które są proporcjonalne do wyznaczonego celu, nie naruszają istoty prawa do ochrony danych i przewidują odpowiednie i konkretne środki ochrony praw podstawowych i interesów osoby, której dane dotyczą).
5. Dostęp do danych będą posiadały osoby pracujące i współpracujące z Administratorem danych oraz podmioty wnioskujące na podstawie przepisów prawa.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 5 lat.
7. Posiada Pani/Pan prawo: dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii; sprostowania (poprawiania) swoich danych; ograniczenia przetwarzania danych, przy czym przepisy odrębne mogą wyłączyć możliwość skorzystania z tego prawa; do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy *RODO* na adres ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
8. Administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych poza Europejski Obszar Gospodarczy (tj. poza obszar Unii Europejskiej, Norwegię, Lichtenstein i Islandię).