



**WSPIERAJ
SENIORA**



**KARTA ZGŁOSZENIA DO PROGRAMU "KORPUS WSPARCIA SENIORÓW" NA ROK 2024
Moduł I**

Realizator

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Siemianowicach Śląskich

DANE UCZESTNIKA

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

ul.
Siemianowice Śląskie, 41-.....

PESEL

Numer telefonu

DANE KONTAKTOWE OSOBY WSKAZANEJ DO ŚWIADCZENIA USŁUG SĄSIEDZKICH

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

ul.
Siemianowice Śląskie, 41-.....

Numer telefonu

OPIEKUN PRAWNY

Czy dla uczestnika Programu został ustanowiony opiekun prawny

TAK (należy podać imię i nazwisko).....
.....
.....
.....

NIE

OCENA SYTUACJI ŻYCIOWEJ UCZESTNIKA

Czy prowadzi Pan/Pani samodzielnie gospodarstwo domowe

TAK

NIE:
Proszę podkreślić z kim jest prowadzone gospodarstwo domowe:
żoną/mężem,
rodziną, np. dzieci, wnuki,
rodzeństwo,
partnerem/ką

OCENA STANU ZDROWIA UCZESTNIKA		
Mam problemy z samodzielnym funkcjonowaniem	TAK	NIE
Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności	TAK Posiadam: a) umiarkowany stopień niepełnosprawności b) znaczny stopień niepełnosprawności	NIE
Proszę o zaznaczenie usług sąsiedzkich jakimi byłby Pan/Pani zainteresowany	1. Pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych 2. Opieka higieniczna obejmująca zapewnienie higieny osobistej i higieny pomieszczeń 3. Zapewnienie kontaktów z otoczeniem	
Informacje dodatkowe (np. szczególne warunki mieszkaniowe, trudności związane z codziennym funkcjonowaniem)	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
Oświadczenia		
a) Wyrażam chęć udziału w Programie Korpus Wsparcia Seniorów na rok 2024 Moduł I.		
b) Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji do Programu Korpus Wsparcia Seniorów na rok 2024, akceptuję jego zapisy i zobowiązuję się do jego przestrzegania.		
c) Jestem świadomy odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.		

.....
miejsowość, data

.....
podpis kandydata lub opiekuna prawnego

* Należy właściwie zaznaczyć

OŚWIADCZENIE OSOBY WSKAZANEJ DO ŚWIADCZENIA USŁUG SĄSIEDZKICH

1. Ja
oświadczam, że mój stan psychofizyczny jest dobry i jestem zdolny/a do świadczenia usług sąsiedzkich na rzecz

Pana/i

2. Uczestniczyłem/am w szkoleniu z zakresu udzielania pierwszej pomocy

TAK NIE

3. Wyrażam zgodę na udział w Programie.

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis

**Informacja o przetwarzaniu danych osobowych w związku z realizacją
Programu „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2024 – Moduł I**

Zgodnie z art. 13 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), zwanego dalej RODO, informujemy, iż Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Siemianowicach Śląskich, 41-100 Siemianowice Śląskie, ul. Szkolna 17.

Z Inspektorem ochrony danych można skontaktować się pod podanym numerem telefonu 32/765 62 47 oraz adresem e-mail iod@mops.siemianowice.pl.

Podane dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b, g RODO w związku z art. 17 ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej w celu realizacji Programu „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2024 – Moduł I.

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres nie dłuższy niż jest to niezbędne do zrealizowania ww. celu. Po upływie tego czasu dane osobowe będą przechowywane do celów archiwizacyjnych przez okres wskazany w Jednolitym Rzeczowym Wykazie Akt dla Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Siemianowicach Śląskich. Po upływie okresu przechowywania i po uzyskaniu zgody dyrektora właściwego archiwum państwowego, dokumentacja niearchiwalna podlega brakowaniu.

Odbiorcami Pani\Pana danych osobowych będą podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa oraz podmioty, którym administrator powierzył przetwarzanie danych osobowych na mocy umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych lub innego instrumentu prawnego.

Podanie danych osobowych zawartych w karcie zgłoszenia jest konieczne do wzięcia udziału w Programie „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2024 – Moduł I.

Przysługuje Pani/Panu prawo do żądania od administratora dostępu do swoich danych osobowych, prawo ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania.

W przypadku stwierdzenia, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO, ma Pani/Pan prawo wnieść skargę do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej a także nie będą przedmiotem zautomatyzowanego podejmowania decyzji.

.....
(czytelny podpis Seniora lub opiekuna prawnego)