**Załącznik nr 1** *do Regulaminu rekrutacji i udziału w Programie: „Korpus Wsparcia Seniora” – w zakresie usługi Teleopieki*

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UDZIAŁU W PROGRAMIE**

**pn. „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2024**

**realizowanego przez Gminę Lesko**

|  |
| --- |
| **I CZĘŚĆ - DANE KANDYDATA:** |
| **IMIĘ:** |  |
| **NAZWISKO:** |  |
| **ADRES ZAMIESZKANIA:** |  |
| **ADRES DO KORESPONDENCJI:** |  |
| **DATA URODZENIA:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **NUMER TELEFONU KANDYDATA**  |  |
| **ADRES EMAIL KANDYDATA** **(JEŚLI POSIADA)** |  |
| **IMIĘ I NAZWISKO OPIEKUNA PRAWNEGO W PROGRAMIE NR 1** |  |
| **NUMER TELEFONU OPIEKUNA PRAWNEGO W PROGRAMIE NR 1 I STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA\*\*:** |  |
| **ADRES EMAIL OPIEKUNA** **(JEŚLI POSIADA):** |  |
| **IMIĘ I NAZWISKO OPIEKUNA PRAWNEGO W PROGRAMIE NR 2** |  |
| **NUMER TELEFONU OPIEKUNA** **NR 2 I STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA\*\*:** |  |
| **ADRES EMAIL OPIEKUNA NR 2** **(JEŚLI POSIADA) \*\*:** |  |
| **II CZĘŚĆ – MINIMALNE WARUNKI UDZIAŁU**  |
| **Osoba powyżej 60 roku życia (liczonego w dniach, na dzień złożenia niniejszego formularza)\*:** | **TAK** | **NIE** |
| **Osoba mająca problemy z samodzielnym funkcjonowaniem ze względu na stan zdrowia\*:** | **TAK** | **NIE** |
| **Osoba prowadząca samodzielne gospodarstwo domowe lub mieszkająca z osobami bliskimi, które nie są w stanie zapewnić wystarczającego wsparcia.**  | **TAK** | **NIE** |
| **Osoba zamieszkująca Gminę Lesko \*:** | **TAK** | **NIE** |
| ***UWAGA! Aby zakwalifikować się do udziału w projekcie KANDYDAT MUSI SPEŁNIAĆ ŁĄCZNIE POWYŻSZE KRYTERA*** |
| **III CZĘŚĆ – PREFERENCYJNE WARUNKI UDZIAŁU**  |
| **Osoba z niepełnosprawnością, posiadająca odpowiednie orzeczenie lekarskie w tym zakresie (należy załączyć orzeczenie o niepełnosprawności)**  | **TAK** | **NIE** |
| **Osoba powyżej 75 roku życia (liczonego w dniach, na dzień złożenia niniejszego formularza)**  | **TAK** | **NIE** |
| **Osoba zamieszkująca na terenie wiejskim**  | **TAK** | **NIE** |
| ***IV CZĘŚĆ – STAN ZDROWIA KANDYDATA*** |
| **Wzrost**  |  |
| **Masa ciała**  |  |
| **Standardowe ciśnienie skurczowe**  |  |
| **Standardowe ciśnienie rozkurczowe**  |  |
| **CHOROBY KANDYDATA** |
|  |
| **AKTUALNIE PRZYJMOWANE LEKI**  |
|  |

\*właściwe podkreślić

\*\* uzupełnić jeśli dotyczy

**V CZĘŚĆ- OŚWIADCZENIA**

**Oświadczam, że:**

1. Wyrażam zgodę na udział w programie, rozumiem jego zakres, cel i zasady świadczenia usługi teleopiekuńczej oraz deklaruję chęć uczestnictwa w nim.
2. Zapoznałam/em się z regulaminem rekrutacji i udziału, akceptuję jego zapisy i zobowiązuję się do jego przestrzegania.
3. Zostałem poinformowany o źródłach finansowania Programu.
4. W moim miejscu zamieszkania stale dostępny jest sygnał telefonii komórkowej.
5. Nie ma żadnych przeszkód technicznych, które uniemożliwiałyby lub utrudniały świadczenie usług teleopiekuńczych na moją rzecz.
6. Nie mam żadnych przeciwwskazań medycznych do korzystania przeze mnie z usług teleopiekuńczych.
7. Podane do formularza zgłoszeniowego informacje są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.
8. Zapoznałam/em się z załączoną poniżej klauzulą informacyjną odnoszącą się do przetwarzania moich danych osobowych i wyrażam zgodę na jej postanowienia, w tym na potrzeby procesu rekrutacji i udziału w Programie.

*...................................................................*

czytelny podpis Odbiorcy wsparcia

**Oświadczam, że:**

1. Wyrażam zgodę na udział w programie, rozumiem jego zakres, cel i zasady świadczenia usługi teleopiekuńczej oraz deklaruję chęć uczestnictwa w nim.
2. Zapoznałam/em się z regulaminem rekrutacji i udziału, akceptuję jego zapisy i zobowiązuję się do jego przestrzegania.
3. Zostałem poinformowany o źródłach finansowania Programu.
4. W moim miejscu zamieszkania stale dostępny jest sygnał telefonii komórkowej.
5. Podane do formularza zgłoszeniowego informacje są zgodne ze stanem faktycznym.
6. Zapoznałam/em się z załączoną poniżej klauzulą informacyjną odnoszącą się do przetwarzania moich danych osobowych i wyrażam zgodę na jej postanowienia, w tym na potrzeby procesu rekrutacji i udziału w Programie.

*...................................................................*

czytelny podpis Opiekuna faktycznego w programie

***Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych w Programie***

**Pn. „Korpus Wsparcia Seniora 2024”**

Pani/Pana dane osobowe będę 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 danych osobowych jest: Miasto i Gmina Lesko.
2. W kwestiach związanych z przetwarzaniem danych osobowych Odbiorca Wsparcia
i Opiekun Faktyczny może skontaktować się z inspektorem ochrony danych osobowych działającym u Administratora danych. Kontakt możliwy jest w formie mailowej na adres IOD
w Gminie: iod@lesko.pl bądź pisemnie na adres Gminy z dopiskiem: „do inspektora ochrony danych”.
3. Dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji Programu i udzielenia wsparcia na rzecz Odbiorców wsparcia. zgodnie z zasadami określonymi w Regulaminie i w umowie uczestnictwa.
4. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych są następujące przepisy RODO: art. 6 ust.
 1 lit. b RODO (przeprowadzenie rekrutacji w celu zawarcia umowy wsparcia oraz wykonywanie umowy wsparcia), art. 6 ust. 1 lit. e RODO (niezbędność przetwarzania dla wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym) oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO w związku z przepisami ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.
5. Odbiorcami danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa, w tym podmioty z którymi Gmina współpracują przy realizacji Programu np. HRP Care
Sp. z o.o..
6. 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. Mają Państwo prawo do: dostępu swoich danych osobowych, ich sprostowania, żądania usunięcia lub ograniczenia przetwarzania w sytuacjach prawem przewidzianych, do wniesienia sprzeciwu. W celu realizacji swoich praw należy skontaktować się z Administratorem, którego dane kontaktowe zostały podane w pkt 2.
8. W razie uznania, że dane osobowe nie są przetwarzane w sposób prawidłowy, osoba, której dane dotyczą ma prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
9. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz zarazem konieczne aby osoba, której dane dotyczą mogła wziąć udział w Programie.
10. Dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu przetwarzaniu danych ani profilowaniu, jak również nie będą przekazywane do państw trzecich.

***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*

……………………….. …………………………………………………………

miejscowość, data czytelny podpis Odbiorcy wsparcia/Opiekuna faktycznego w programie

*\*Dopuszcza się podpis opiekuna osoby niesamodzielnej wyłącznie w sytuacji braku możliwości samodzielnego (własnoręcznego) podpisania dokumentów i umowy przez Odbiorcę wsparcia, przy czym fakt ten powinien zostatać wykazany stosownymi dokumentami.*