

KWESTIONARIUSZ ZGŁOSZENIOWY**I DANE UCZESTNIKA**

| | |
|--------------------|--|
| Imię i Nazwisko | |
| PESEL | |
| Adres zamieszkania | |
| Telefon kontaktowy | |

II DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO KONTAKTÓW W SPRAWACH UCZESTNIKA W TYM W RAZIE NAGŁYCH SYTUACJI:

| | |
|--------------------------|--|
| Imię i nazwisko | |
| Stopień pokrewieństwa | |
| Telefon kontaktowy | |
| Inne możliwości kontaktu | |

III SYTUACJA ZAWODOWA

Jestem osobą nieaktywną zawodowo (właściwie zaznaczyć - „X”)

- TAK
 NIE

Charakter gospodarstwa domowego (właściwie zaznaczyć - „X”)

- OSOBA SAMOTNA (BEZ RODZINY)
 OSOBA SAMOTNIE ZAMIESZKUJĄCA
 ZAMIESZKUJĄCA Z RODZINĄ

IV ISTOTNE INFORMACJE O STANIE ZDROWIA

| | | | |
|----|--|---------------------------------------|-----|
| 1. | Niepełnosprawność (załączyć orzeczenie) | TAK Symbol niepełnosprawności..... | NIE |
| 2. | Choroby, schorzenia, | TAK | NIE |

| | | | |
|-----|---|---|-----|
| | alergie w szczególności przewlekłe | Wymenić jakie:..... | |
| 3. | Uzależnienia (nikotyna, kawa, alkohol, leki, inne) | TAK Wymenić jakie:..... | NIE |
| 4. | Leki przyjmowane stale w godz. 8,00-16,00 | TAK godz. lek godz. lek godz. lek | NIE |
| 6. | Stosowana/ wymagana dieta z powodu występujących chorób | TAK Rodzaj diety, krótki opis:..... | NIE |
| 7. | Wymagane wsparcie przy poruszaniu się | -nie wymaga -pomoc osoby drugiej -kule/laska -wózek inwalidzki -balkonik | |
| 8. | Stosowanie innych środków pomocniczych | -nie wymaga -okulary korekcyjne -aparat słuchowy -inne:..... | |
| 9. | Sposób dotarcia do placówki oraz powrót | <input type="checkbox"/> samodzielnie <input type="checkbox"/> pod opieką osoby drugiej: Imię i nazwisko..... nr telefonu..... <input type="checkbox"/> nie mam możliwości samodzielnego dotarcia i powrotu | |
| 10. | Zachowanie higieny osobistej | -samodzielnie | |



| | | |
|-----|---|---|
| | | -wymagana pomoc osoby drugiej |
| 11. | INNE, nie ujęte powyżej ważne uwagi , dotyczące ogólnej sprawności fizycznej i psychicznej: | |
| 12. | Właściwa przychodnia podstawowej opieki zdrowotnej | Nazwa i adres przychodni Imię nazwisko lekarza rodzinnego POZ |

V INNE INFORMACJE PRZYDATNE W FUNKCJONOWANIU W DZIENNY DOMU

| | | |
|----|--|--|
| 1. | Wykształcenie | |
| 2. | Posiadane lub nabyte kwalifikacje zawodowe lub umiejętności przydatne z uwagi na rodzaj realizowanych zajęć pobytowych | |
| 3. | Zainteresowania | |
| 4. | Umiejętności | |
| 5. | Oczekiwania | |



| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

.....
(data i czytelny podpis)

Wyrażam gotowość do aktywnego i regularnego uczestnictwa oraz oświadczam, że mój obecny stan zdrowia pozwala mi na pobyt i wzięcie udziału w zajęciach Dziennego Domu „Senior+” i oświadczam, że nie mam żadnych przeciwwskazań zdrowotnych uniemożliwiających uczestnictwo oraz, że zgłaszam swoje uczestnictwo dobrowolnie i na własną odpowiedzialność.

.....
(data i czytelny podpis)

Klauzula informacyjna w sprawie przetwarzania danych osobowych

Zgodnie z art 13 ust. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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 2016.119.1, (dalej RODO) informuję, że:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Żninie z siedzibą przy ulicy 700-lecia 36, 88-400 Żnin, tel.: (52) 3032910, e-mail: kontakt@mops.gminaznin.pl.
2. W każdej sprawie dotyczącej przetwarzania danych osobowych można się kontaktować z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail:inspektor@mops.gminaznin.pl
3. Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji świadczeń wynikających z przepisów prawa, w tym:
a) ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej j.t.(Dz. U. 2021 r. poz. 735 z późn. zm.);
4. Odbiorcami Państwa danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
5. Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego i organizacji międzynarodowej.
6. Państwa dane osobowe będą przechowywane nie dłużej niż w okresie wynikającym z przepisów prawa.
7. Posiadają Państwo prawo do żądania od Administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych.
8. Jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie art. 6 ust.1 lit.a lub art. 9 ust. 2 lit.a mają Państwo prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Zarówno wyrażenie zgody, jak i jej cofnięcie musi być udokumentowane w formie pisemnej.
9. Podanie przez Państwa danych osobowych jest dobrowolne, ale jest warunkiem udzielenia świadczeń, o które Państwo wnioskują.
10. Mają Państwo prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w Warszawie.
11. Państwa dane osobowe nie będą podlegały profilowaniu ani nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.

.....
Data i podpis składającego oświadczenie

