



Załącznik nr 2 do Regulaminu
Dziennego Domu Pobytu "Senior+" w Żninie

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
----	--	---------------------------------------	-----



Zadanie jest współfinansowane ze środków Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, w ramach Programu Wieloletniego „Senior+” na lata 2015-2020

2.	Choroby , schorzenia , alergie w szczególności przewlekłe	TAK Wymienić jakie:.....	NIE
3.	Uzależnienia (nikotyna, kawa, alkohol, leki, inne)	TAK Wymienić jakie:.....	NIE
4.	Leki przyjmowane stałe 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: iod@oin.info.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 (Dz. U. z 2019 r. poz. 1507 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

