

WNIOSEK

ZGŁOSZENIE DO UDZIAŁU W PROGRAMIE „KORPUS WSPARCIA SENIORÓW” NA ROK 2025

DANE OSOBOWE KANDYDATA DO UCZESTNICTWA W PROGRAMIE			
Imię i nazwisko		PESEL	
ADRES ZAMIESZKANIA			
Ulica		Numer domu/lokalu	
Miejscowość		Kod pocztowy	
Gmina		Powiat	
Województwo			
Telefon kontaktowy		Adres e-mail	

ADRES DO KORESPONDENCJI <i>(należy wypełnić w przypadku, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania)</i>			
Ulica		Numer domu/lokalu	
Miejscowość		Kod pocztowy	

DANE OSOBY DO KONTAKTU					
Imię i nazwisko		Numer telefonu		Powiązanie np. mąż, córka, sąsiad	

DANE OPIEKUNA PRAWNEGO – w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej			
Imię i nazwisko		Numer telefonu	

KRYTERIA PODSTAWOWE (OBOWIĄZKOWE)- przy właściwej odpowiedzi należy wstawić znak X	
☐	mam lat 60 i więcej
☐	zamieszkuję na terenie gminy Libiąż
☐	prowadzę samodzielne gospodarstwo domowe i mam problem z samodzielnym funkcjonowaniem ze względu na stan zdrowia
☐	zamieszkuję z osobami bliskimi, które nie są w stanie zapewnić mi wystarczającego wsparcia i mam problem z samodzielnym funkcjonowaniem ze względu na stan zdrowia

KRYTERIA DODATKOWE – proszę przy właściwej odpowiedzi wstawić znak X i załączyć dokumenty potwierdzające tzn. orzeczenie o niepełnosprawności lub inny dokument potwierdzający spełnienie kryterium

- ☐ Jestem osobą, w stosunku do której orzeczono stopień niepełnosprawności (umiarkowany lub znaczny stopień niepełnosprawności) lub równoważne ZUS- (1 pkt)

OŚWIADCZENIA OBOWIĄZKOWE

1. Oświadczam, że podane przeze mnie dane są aktualne i zgodne ze stanem faktycznym. Zobowiązuję się niezwłocznie poinformować Ośrodek Pomocy Społecznej w Li-biążu o wszelkich zmianach danych zawartych we wniosku.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów związanych z prowadzeniem rekrutacji i uczestnictwa w Programie.
3. Wyrażam zgodę na udział w Programie „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2025.
4. Oświadczam, że nie ma żadnych przeciwwskazań medycznych do korzystania przez mnie z usług teleopiekuńczych.
5. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem świadczenia usług „opieki na od-ległość” w ramach programu „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2025.

.....
Miejscowość i data

.....
podpis osoby przyjmującej formularz

.....
Podpis Kandydata

Klauzula informacyjna dla osób zgłaszających udział w PROGRAMIE „KORPUS WSPARCIA SENIORÓW” NA ROK 2025

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz.U.UE.L. z 2016r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO” informujemy, że:

- 1) Administratorem Danych Osobowych jest Ośrodek Pomocy Społecznej w Libiążu, ul. 9 Maja 2, 32-590 Libiąż, tel. 32 627 78 25, e-mail: ops@libiaz.pl.
- 2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Pani/Pan kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu e-mail: nedzaodo@interia.pl lub pisemnie pod adres Administratora.
- 3) Pani/Pana dane osobowe zawarte w formularzu zgłoszeniowym będą przetwarzane w celu udziału Uczestnika w PROGRAMIE „KORPUS WSPARCIA SENIORÓW” NA ROK 2025.
- 4) Podstawa przetwarzania Państwa danych osobowych jest art.6 ust.1 lit. a) oraz art. 9 ust.2 lit. a) RODO w celu zgłoszenia udziału w programie na świadczenie usługi „opieki na odległość”.
- 5) Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z obowiązującymi przepisami lub do czasu wycofania zgody.
- 6) Pani/Pana dane będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, lecz nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym o profilowaniu.
- 7) Pani/Pana dane osobowych nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy.
- 8) W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych, przysługują Pani/Panu następujące prawa:
 - a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
 - b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
 - c) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
 - d) w przypadku gdy przetwarzanie odbywa się na podstawie wyrażonej zgody (art. 6 ust. 1 lit. a RODO) - prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
 - e) prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO).
- 9) Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne. Brak zgody w zakresie podania danych osobowych uniemożliwi jednak uczestnictwo w programie.
- 10) Pani/Pana dane zostaną przekazane podmiotowi zewnętrznemu świadczącemu usługę „opieki na odległość”, na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, a także mogą zostać przekazane innym podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.