Załącznik Nr 1 do Regulaminu świadczenia usług ,,opieki na odległość” w ramach programu „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2024

**WNIOSEK**

**ZGŁOSZENIE DO UDZIAŁU W PROGRAMIE „KORPUS WSPARCIA SENIORÓW”**

**NA ROK 2024**

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

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

|  |
| --- |
| **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 |
|  | mam problemy z samodzielnym funkcjonowaniem i prowadzeniem samodzielnie gospodarstwa domowego lub zamieszkuję z osobami bliskimi, które nie są w stanie zapewnić mi wystarczającego wsparcia |

|  |
| --- |
| **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 samotnie zamieszkującą - (1 pkt)
 |
|  | * Jestem osobą, w stosunku do której orzeczono stopnień 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 Libiążu o wszelkich zmianach danych zawartych we wniosku.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów związanychz prowadzeniem rekrutacji i uczestnictwa w Programie.
3. Wyrażam zgodę na udział w Programie „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2024.
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 odległość” w ramach programu „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2024.

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………..…………………Miejscowość i data……………………………………………..Po podpis osoby przyjmującej formularz | ………………………..……………….Podpis Kandydata |

 |

**Klauzula informacyjna dla osób zgłaszających udział w PROGRAMIE „KORPUS WSPARCIA SENIORÓW” NA ROK 2024**

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 2024.
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:
9. prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
10. prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
11. prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
12. 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;
13. 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).
14. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne. Brak zgody w zakresie podania danych osobowych uniemożliwi jednak uczestnictwo w programie.
15. Pani/Pana dane zostaną przekazane podmiotowi zewnętrznemu świadczącemu usługi „opieki na odległość”, na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, a także mogą zostać przekazane innym podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.