Załącznik nr 1
do Regulaminu rekrutacji i udziału w Programie „Korpus Wsparcia Seniorów na rok 2025
w zakresie usługi „opieki na odległość”

Wypełnia osoba upoważniona przez Realizatora Programu	Potwierdzenie złożenia wniosku (data wpływu)		Podpis osoby przyjmującej wniosek	

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UDZIAŁU W PROGRAMIE
Pn. „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2025 dla mieszkańców Gminy Wyszków

I CZĘŚĆ - DANE KANDYDATA

I CZĘŚĆ – DANE KANDYDATA (PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)	***IMIĘ I NAZWISKO***	
	DATA URODZENIA	
	PESEL	
	TELEFON kontaktowy	
	Adres email	
	ADRES ZAMIESZKANIA	

II CZĘŚĆ – OŚWIADCZENIA – MINIMALNE WARUNKI UDZIAŁU (PROSZĘ ZAZNACZYĆ X JEŻELI PANI/PAN SPEŁNIAJĄ PONIŻSZE KRYTERIA):

- ☐ zamieszkuję na terenie Gminy Wyszków,
- ☐ jestem osobą w wieku 60 lat i więcej,
- ☐ mam problemy związane z samodzielnym funkcjonowaniem ze względu na stan zdrowia,
- ☐ jestem osobą prowadzącą samodzielne gospodarstwo domowe **lub**
- ☐ jestem osobą zamieszkującą wspólnie z osobami bliskimi, które nie są w stanie zapewnić mi wystarczającego wsparcia i posiadam problem z samodzielnym funkcjonowaniem.

III CZĘŚĆ - OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że:

1. wyrażam wolę uczestnictwa w Programie,
2. znam, rozumiem i spełniam wszystkie kryteria uczestnictwa uprawniające do udziału w Programie, o których mowa w Regulaminie,
3. zostałem/am poinformowany/a o źródłach finansowania Programu,
4. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wskazanych w formularzu rekrutacyjnym i jestem świadomy/a zakresu i celu ich przetwarzania,
5. jestem świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą,
6. zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i udziału wraz z załącznikami, rozumiem i akceptuję jego zapisy i zobowiązuję się do jego przestrzegania,
7. w moim miejscu zamieszkania stale dostępny jest sygnał telefonii komórkowej,

8. nie ma żadnych przeszkód technicznych, które uniemożliwiłyby lub utrudniały świadczenie usług „opieka na odległość”,
9. nie mam żadnych przeciwwskazań medycznych do korzystania z usług „opieki na odległość”,
10. rozumiem zakres i zasady świadczenia usługi ”opieka na odległość”.

…….....
(data i podpis osoby składającej oświadczenie)

III CZĘŚĆ – DODATKOWE INFORMACJE O UDZIALE W PROGRAMIE

Wzrost ……
Standardowe ciśnienie skurczowe …….
Standardowe ciśnienie rozkurczowe ……

I CZĘŚĆ – CHOROBY KANDYDATA		**II CZĘŚĆ – AKTUALNIE PRZYJMOWANE LEKI**	

Klauzula RODO o przetwarzaniu danych osobowych w Programie
Pn. „ Korpus Wsparcia Seniorów" na rok 2025 dla mieszkańców Gminy Wyszków

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 Pani/Pana danych osobowych jest Dyrektor Ośrodka Pomocy Społecznej w Wyszkowie z siedzibą przy ul. 3 Maja 16 – Realizator Programu.
2. W kwestiach związanych z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych można skontaktować się z inspektorem ochrony danych osobowych działającym u Administratora danych mailowo na adres: iod@ops.wyszkow.pl pod nr tel.29 742 49 02, bądź pisemnie na adres siedziby Realizatora z dopiskiem „do inspektora ochrony danych"
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji Programu „Korpus Wsparcia Seniorów 2025" zgodnie z zasadami określonymi w Regulaminie.
4. Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych są następujące przepisy RODO: art. 6 ust. 1 lit**.** b (przeprowadzenie rekrutacji w celu zawarcia umowy wsparcia oraz wykonywanie umowy wsparcia wy), lit. c (realizacja obowiązków prawnych ciążących na administratorze danych), lit. e (przetwarzanie jest niezbędne dla wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym) art. 9 ust. 1 lit. h (przetwarzanie jest niezbędne do celów profilaktyki zdrowotnej)
5. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa, w tym podmioty z którymi Realizatorzy Programu współpracują przy realizacji Programu – w szczególności jednostka samorządu terytorialnego, na obszarze której zamieszkuje Uczestnik Programu oraz dostawca usługi tzw. „opieki na odległość".
6. Pani/Pana 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. Ma Pani/Pan prawo do: dostępu swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania w sytuacjach prawem przewidzianych, do wniesienia sprzeciwu, do przenoszenia danych.
8. W razie uznania, że Pani/Pana dane osobowe nie są przetwarzane w sposób prawidłowy, ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
9. Podanie przez Panią/Pana danych jest dobrowolne, lecz zarazem konieczne aby mogła Pani/mógł Pan wziąć udział w Programie.
10. Pani/Pana dane nie będą podlegały zautomatyzowanemu przetwarzaniu danych, jak również nie będą przekazywane do państw trzecich.

…….. ……
miejscowość, data czytelny podpis Kandydata/Kandydatki