|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 2024**

**I CZĘŚĆ-DANE UCZESTNIKA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I CZĘŚĆ – DANE UCZESTNIKA****(PROSZE WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)** | **IMIĘ I NAZWISKO** |   | **DATA URODZENIA** |  |  |
| **PESEL** |  | **TELEFON KONTAKTOWY,** **OPCJONALNIE ADRES E-MAIL** |  |
| **ADRES DO KORESPONDENCJI**  |  |  |

**II CZĘŚĆ – MINIMALNE WARUNKI UDZIAŁU**

**Proszę zaznaczyć X jeśli Pan/Pani spełnia poniższe kryteria.**

Aby zakwalifikować się do udziału w projekcie **MUSI** PAN/PANI SPEŁNIAĆ ŁĄCZNIE PONIŻSZE KRYTERA WŁĄCZENIA:

* Mieszkam na terenie Gminy Mińsk Mazowiecki.
* Jestem osobą niesamodzielną, co oznacza niemożliwość wykonywania samodzielnie przynajmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego (np. przygotowywanie i spożywanie posiłków, poruszanie się, wychodzenie z domu, ubieranie i rozbieranie, higiena osobista, kontrolowanie czynności fizjologicznych).
* Jestem osobą powyżej 60 roku życia, liczonego w dniach, na dzień złożenia niniejszego formularza

**III CZĘŚĆ – PREFERENCYJNE WARUNKI UDZIAŁU**

* Jestem osobą z niepełnosprawnością, posiadającą odpowiednie orzeczenie lekarskie w tym zakresie
* Jestem osobą samotną, żyjącą w ramach jednoosobowego gospodarstwa domowego
* Jestem osobą powyżej 65 roku życia, liczonego w dniach, na dzień złożenia niniejszego formularza

**IV CZĘŚĆ- OŚWIADCZENIA**

Oświadczam, że:

1. Wyrażam zgodę na udział w Programie, rozumiem jego cel i deklaruję chęć uczestnictwa w nim;
2. Zapoznałam/zapoznałem się z Regulaminem rekrutacji i udziału wraz z załącznikami, rozumiem i akceptuję jego zapisy i zobowiązuję się do jego przestrzegania;
3. Spełniam kryteria kwalifikowalności, o których mowa w Regulaminie, uprawniające mnie do udziału w ww. Programie.
4. Zapoznałam się/zapoznałem się z załączoną poniżej klauzulą informacyjną odnoszącą się do przetwarzania moich danych osobowych i wyrażam zgodę na jej postanowienia.

*…...................................................................*

*(data i podpis osoby składającej oświadczenie)*

**V CZĘŚĆ – DODATKOWE INFORMACJE O UDZIALE W PROGRAMIE**

Wzrost……………………………………………………………………………………………………

Masa ciała………………………………………………………………………………………………

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 2024**

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 Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej z siedzibą w Mińsku Mazowieckim przy ul. J. Chełmońskiego 14 – 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:gops.iod@minskmazowiecki.pl. pod nr tel. 257581932, bądź pisemnie na adres Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej ul. J. Chełmońskiego 14 05-300 Mińsk Mazowiecki.
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji Programu „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2024 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) lub/i 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. „opasek bezpieczeństwa”.
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

 lub Opiekuna faktycznego\*

***Pouczenie***

*Składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą podlega odpowiedzialności karnej zgodnie z art. 233 Kodeksu Karnego*

*\*Dopuszcza się podpis opiekuna faktycznego osoby niesamodzielnej wyłącznie w sytuacji, o której mowa w § 10 ust.2 Regulaminu*