

FORMULARZ ZŁOSZENIOWY TELEOPIEKA

Imię:											
Nazwisko											
Adres zamieszkania:											
ulica											
kod pocztowy											
Miejscowość											
telefon											
e-mail:											
PESEL											

Oświadczam, że:

1. Jestem osobą pełnoletnią TAK NIE
2. Mieszkam na terenie gminy Michałowice, pod adresem wskazanym w niniejszym formularzu TAK NIE
3. Jestem osobą samotnie zamieszkującą TAK NIE
4. Zamieszkuję z innymi osobami, które nie w każdym momencie mogą służyć mi pomocą TAK NIE
5. Jestem osobą niepełnosprawną z orzeczonym stopniem niepełnosprawności TAK NIE

6. Rozumiem przeznaczenie, a także zasady działania opaski bezpieczeństwa

TAK NIE

7. Jestem osobą długotrwale lub przewlekle chorą TAK NIE

Ze względu na powyższe zgłaszam potrzebę i chęć skorzystania z usług teleopieki.

Oświadczam, że podane przeze mnie dane zawarte w formularzu są prawdziwe i aktualne oraz, że zobowiązuję się niezwłocznie poinformować Ośrodek Pomocy Społecznej Gminy Michałowice o wszelkich zmianach danych zawartych w niniejszym formularzu.

Do wniosku dołączam:

1. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych
2. Karta pacjenta
3. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (jeśli dotyczy)
4. Inny dokument potwierdzający stan zdrowia (jeśli dotyczy)

Miejscowość i data

Podpis Wnioskodawcy

KLAUZULA INFOMRACYJNA:

1. Administratorem danych osobowych jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej Gminy Michałowice, z siedzibą Reguły, ul. Aleja Powstańców Warszawy 1, 05-816 Michałowice, reprezentowany przez Dyrektora. Przetwarzanie danych jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze. Dane są przechowywane przez czas określony w szczególnych przepisach prawa. Osobie, której dane dotyczą, przysługuje prawo do wglądu w swoje dane i prawo ich uzupełniania. Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych podane są w Polityce prywatności dostępnej w siedzibie i na stronie www Administratora: <https://gops.michalowice.pl/gops/polityka-prywatnosci>".
2. Administrator danych osobowych przetwarza Pani/Pana dane osobowe w związku z realizacją w zakresie usługi teleopieki. Dane osobowe przetwarzane są w celu zapewnienia usługi wsparcia na rzecz seniorów przez świadczenie usług wynikających z rozeznaczonych potrzeb oraz poprawy poczucia bezpieczeństwa oraz możliwości samodzielnego funkcjonowania w miejscu zamieszkania osób starszych przez dostęp do teleopieki.
3. Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych są przepisy RODO: art. 6 ust. 1 lit. a (zgoda osoby na przetwarzanie swoich danych osobowych w celu wskazanym w pkt.1), lit. b (przeprowadzenie rekrutacji w celu zawarcia umowy w zakresie usługi teleopieki oraz wykonywanie tej umowy wsparcia), lit. c (realizacja obowiązków prawnych ciążących na administratorze danych), lit. e (przetwarzanie jest niezbędne dla wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym).
4. Odbiorcy danych Dostęp do Pani/Pana danych osobowych mogą mieć upoważnieni pracownicy Ośrodka, podmioty z którymi Ośrodek współpracują przy realizacji usługi – w szczególności dostawca opasek bezpieczeństwa i wykonawca usługi teleopieki oraz podmioty i organy uprawnione do otrzymania danych na podstawie przepisów prawa.

5. Okres przechowywania Pani/ Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji celu określonego powyżej, a następnie przez okres niezbędny w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa.
6. Prawa osób, których dane są przetwarzane W związku z przetwarzaniem danych osobowych przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych, prawo do sprostowania danych osobowych, prawo do żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych, z zastrzeżeniem przypadków o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO, prawo do sprzeciwu oraz prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2,00-193 Warszawa) w przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu danych osobowych.
7. Dobrowolność podania danych osobowych Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak odmowa podania danych osobowych może skutkować brakiem możliwości skorzystania z programu osłonowego.
8. Profilowanie Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

Oświadczam, że zgodnie z art. 13 ust 1 i 2 rozporządzenia 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 (Dz. Urz. UE L 119 z 2016 r.) **zapoznałem/łam się z treścią powyższej klauzuli informacyjnej, w tym z przysługującym mi prawem dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania, jak również, że podanie tych danych było dobrowolne i wyrażam zgodę na jej postanowienia.** TAK NIE

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis Wnioskodawcy