Załącznik nr 2 do Regulaminu Dziennego Domu Senior+

**Kwestionariusz zgłoszeniowy**

**I. Dane uczestnika**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i Nazwisko |  |
| Pesel |  |
| Adres zamieszkania |  |
| Telefon kontaktowy |  |

**II. Dane osób upoważnionych do kontaktów w sprawach Uczestnika w tym w razie nagłych sytuacji:**

Osoba nr 1

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko  |  |
| Stopień pokrewieństwa |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Inne możliwości kontaktu |  |

Osoba nr 2

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko  |  |
| Stopień pokrewieństwa  |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Inne możliwości kontaktu |  |

**III. Sytuacja zawodowa**

Jestem osobą nieaktywną zawodowo (właściwe zaznaczyć - „X”)

* tak
* nie

Charakter gospodarstwa domowego (właściwe zaznaczyć - „X”)

* osoba samotna (bez rodziny)
* osoba samotnie zamieszkująca
* osoba zamieszkująca z rodziną

**IV. Istotne informacje o stanie zdrowia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Niepełnosprawność(*załączyć orzeczenie*) | takSymbol niepełnosprawności | nie |
| 2. | Choroby, schorzenia, w szczególności przewlekłe | takWymienić jakie: | nie |
| 3. | Alergia / uczulenia | takWymienić jakie: | nie |
| 4. | Uzależnienia (nikotyna, kawa, alkohol, leki, inne) | takWymienić jakie: | nie |
| 5. | Leki przyjmowane stale w godz.8.00-16.00 | takgodz. ……… lek ………….…………………………godz. ……… lek ….…………………………………godz. ……… lek ……………………………………. | nie |
| 6. | Stosowana / wymagana dieta | takRodzaj diety, krótki opis: | nie |
| 7. | Wymagane wsparcie przy poruszaniu się | -nie wymaga |
| -pomoc osoby drugiej-kule/laska-wózek inwalidzki-balkonik |
| 8. | Stosowanie innych środków pomocniczych | -nie wymaga |
| -okulary korekcyjne-aparat słuchowy-inne |
| 9. | Sposób dotarcia do placówki oraz powrót | -samodzielnie  |
| -pod opieką osoby drugiej:Imię i nazwisko:nr telefonu: |
| 10. | Zachowanie higieny osobistej | -samodzielnie  |
| -wymagana pomoc osoby drugiej |
| 11. | Inne, nie ujęte powyżej ważne uwagi, dotyczące ogólnej sprawności fizycznej i psychicznej: |
| 12. | Właściwa przychodnia podstawowej opieki zdrowotnej | Nazwa i adres przychodniImię nazwisko lekarza rodzinnego POZ |

**V. Inne informacje przydatne w funkcjonowaniu w Dziennym Domu Senior+**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Wykształcenie |  |
| 2. | Doświadczenie zawodowe |  |
| 3. | Zainteresowania |  |
| 4. | Umiejętności |  |
| 5. | Oczekiwania |  |

……………………………………………..

(data i czytelny podpis)

Wyrażam gotowość do aktywnego i regularnego uczestnictwa oraz oświadczam, że mój obecny stan zdrowia pozwala mi na pobyt i wzięcie udziału w zajęciach Dziennego Domu Senior+, oświadczam, że nie ma żadnych przeciwwskazań zdrowotnych uniemożliwiających uczestnictwo oraz, że zgłaszam swoje uczestnictwo dobrowolnie i na własną odpowiedzialność.

……………………………………………..

(data i czytelny podpis)

**Klauzula informacyjna**

Administratorem danych osobowych uczestników Domu jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej Gminy Michałowice. Dane przetwarzane są w celu rekrutacji i realizacji usług, ich podanie jest obowiązkowe w zakresie określonym przepisami prawa na podstawie ustawy o pomocy społecznej. Dane nie są przekazywane żadnym nieuprawnionym odbiorcom, ani też do państw trzecich. Odbiorcami danych mogą być jedynie osoby i podmioty upoważnione do przetwarzania danych oraz uprawnione na podstawie przepisów prawa organy publiczne. Dane są przechowywane przez czas określony w przepisach prawa. Osobie, której dane dotyczą, przysługuje prawo do wglądu w swoje dane, prawo ich uzupełniania i obowiązek zgłaszania Administratorowi zmiany danych osobowych. Osoby, których dane dotyczą, mogą kontaktować się z wyznaczonym u Administratora Inspektorem ochrony danych we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem ich danych osobowych. Dane kontaktowe IOD: Piotr Glen, e-mail: iodo.gops@michalowice.pl