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*) | | tak  Symbol niepełnosprawności | nie |
| 2. | Choroby, schorzenia, w szczególności przewlekłe | | tak  Wymienić jakie: | nie |
| 3. | Alergia / uczulenia | | tak  Wymienić jakie: | nie |
| 4. | Uzależnienia  (nikotyna, kawa, alkohol, leki, inne) | | tak  Wymienić jakie: | nie |
| 5. | Leki przyjmowane stale w godz.  8.00-16.00 | | tak  godz. ……… lek ………….…………………………  godz. ……… lek ….…………………………………  godz. ……… lek ……………………………………. | nie |
| 6. | Stosowana / wymagana dieta | | tak  Rodzaj 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 przychodni  Imię 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](mailto:iodo.gops@michalowice.pl)