Załącznik nr 2 do Regulaminu Dziennego Domu Pobytu 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
* 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 DZIENNY DOMU**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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+” i oświadczam , że nie mam 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)