



Wypełnia osoba upoważniona przez Realizatora Usług	Potwierdzenie złożenia wniosku (data wpływu)		Podpis osoby przyjmującej wniosek		NUMER IMEI OPASKI:
---	--	--	-----------------------------------	--	--------------------

Załącznik nr. 4 do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie

Wniosek o objęcie Uczestnika usługą Teleopieka w ramach projektu: „Przepis na Wsparcie – usługi społeczne dla osób wymagających opieki z gm. Wiązów i ościennych gmin”.

Szanowna Pani/Szanowny Panie,
Wypełnienie i przekazanie niniejszego formularza w zakresie danych dotyczących Pani/Pana imienia i nazwiska oraz danych kontaktowych jest niezbędne w celu właściwej realizacji usług wsparcia przez Centrum Teleopieki (dane osobowe niezbędne).

I CZĘŚĆ- DANE OSOBOWE NIEZBĘDNE

I CZĘŚĆ – DANE UCZESTNIKA (PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANY MI LITERAMI)	IMIĘ I NAZWISKO	
	PESEL (11 CYFR)	
	TELEFON KONTAKTOWY UŻYTKOWNIKA	
	E-MAIL UŻYTKOWNIKA (opcjonalnie)	
	ADRES STAŁEGO POBYTU UŻYTKOWNIKA	ULICA: NUMER DOMU/LOKALU: KOD POCZTOWY: MIEJSCOWOŚĆ:

.....
miejscowość, data

.....
czytelny podpis

„Przepis na Wsparcie – usługi społeczne dla osób wymagających opieki z gm. Wiązów i ościennych gmin”.





II CZĘŚĆ - OŚWIADCZENIA

1. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na realizację usługi teleopieki, rozumiem cel usługi oraz deklaruję chęć objęcia mnie usługą teleopieki na zasadach określonych w umowie uczestnictwa, która została zawarta pomiędzy mną a Realizatorem Projektu.
2. Oświadczam, iż wyrażam dobrowolnie i świadomie zgodę na kontakt ze mną ze strony Centrum Teleopieki w razie zgłoszenia przeze mnie nagłego pogorszenia zdrowia za pośrednictwem opaski bezpieczeństwa na zasadach określonych w umowie uczestnictwa, która została zawarta pomiędzy mną a Realizatorem Projektu.
3. Oświadczam, iż zapoznałem/am się z klauzulami informacyjnymi stanowiącymi załącznik nr 3, do Formularza zgłoszeniowego.

.....
(data i podpis osoby składającej oświadczenie)

III CZĘŚĆ – DANE OSOBOWE DOBROWOLNE

Na obecnym etapie podanie przez Panią/Pana danych o stanie zdrowia jest dobrowolne, przy czym podanie tych danych może pomóc podnieść jakość realizowanych na Pani/Pana rzecz usług przez Centrum Teleopieki

Wzrost.....
Standardowe ciśnienie skurczowe.....
Standardowe ciśnienie rozkurczowe.....





CHOROBY UCZESTNIKA

Poniżej proszę zaznaczyć np. zdiagnozowane, przebyte i aktualne choroby, stopień niepełnosprawności, informacje o wszczepionych urządzeniach medycznych lub wypisać inne informacje, które uzna Pani/Pan za istotne

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> Wady wrodzone serca | <input type="radio"/> Insulinooporność | <input type="radio"/> Stan po zawale mięśnia sercowego |
| <input type="radio"/> Niewydolność serca | <input type="radio"/> Zakrzepica (choroba zakrzepowo-zatorowa) | <input type="radio"/> Astma |
| <input type="radio"/> Niewydolność układu krążenia | <input type="radio"/> Migotanie przedsionków (arytmie) | <input type="radio"/> POChP |
| <input type="radio"/> Niewydolność nerek | <input type="radio"/> Nadciśnienie tętnicze | <input type="radio"/> Rozedma płuc |
| <input type="radio"/> Otyłość | <input type="radio"/> Marskość wątroby | <input type="radio"/> Palenie tytoniu TAK/NIE |
| <input type="radio"/> Cukrzyca typu I | <input type="radio"/> Depresja | <input type="radio"/> Nadczynność tarczycy |
| <input type="radio"/> Cukrzyca typu II | <input type="radio"/> Nerwica/choroby psychiatryczne | <input type="radio"/> Niedoczynność tarczycy |
| <input type="radio"/> Cukrzyca LADA | <input type="radio"/> Stan po udarze mózgu | <input type="radio"/> Choroba nowotworowa |
| <input type="radio"/> Hipoglikemia reaktywna | | <input type="radio"/> Choroba niedokrwienności serca |
| <input type="radio"/> Stan przedcukrzycowy | | <input type="radio"/> Osteoporoza |
| <input type="radio"/> INNE: | | |

AKTUALNIE PRZYJMOWANE LEKI

Poniżej proszę zaznaczyć leki przyjmowane zarówno na receptę, jak i bez recepty lub wypisać inne leki, które uzna Pani/Pan za istotne

- | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Acard/Polocard | <input type="radio"/> Kalipoz | <input type="radio"/> Roswera |
| <input type="radio"/> Bisocard | <input type="radio"/> Xarelto | <input type="radio"/> Bibloc |
| <input type="radio"/> Milurit | <input type="radio"/> Tritace/Polpril | <input type="radio"/> Metformax/Glucophage |
| <input type="radio"/> Atoris | <input type="radio"/> Spironol | <input type="radio"/> Insulina |
| <input type="radio"/> Euthyrox | <input type="radio"/> Prestarium | <input type="radio"/> Diuver |
| <input type="radio"/> INNE: | | |





INFORMACJE DODATKOWE

(np. kto posiada klucze do mieszkania w sytuacji nagłej, szczególne warunki mieszkaniowe)

.....

.....

miejsowość, data

czytelny podpis

IV CZĘŚĆ - OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU W ZAKRESIE UDOSTĘPNIENIA DANYCH O STANIE ZDROWIA PRZEZ CENTRUM TELEOPIEKI SWOJEMU OPIEKUNOWI (DLA KAŻDEGO OPIEKUNA OSOBNO)

Wyrażam zgodę na przekazywanie wszelkich informacji o stanie mojego zdrowia i samopoczucia oraz na kontaktowanie się ze strony Centrum Teleopieki ze wskazanym przeze mnie Opiekunem we wszystkich sprawach związanych ze zgłoszeniem przeze mnie nagłego pogorszenia zdrowia za pośrednictwem opaski bezpieczeństwa – można podać dane jednej lub dwóch osób mających być Opiekunami Uczestnika.

NAZWISKO I IMIĘ OPIEKUNA 1	
NUMER TELEFONU OPIEKUNA 1	
ADRES E-MAIL OPIEKUNA 1 (potrzebny do założenia aplikacji)	





V. CZĘŚĆ - OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O WYRAŻENIU ZGODY NA OTRZYMYWANIE INFORMACJI O NOWYCH PROGRAMACH

- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Fundację Wiosna Jesień w celach związanych z udziałem w projekcie pn. **„Przepis na Wsparcie – usługi społeczne dla osób wymagających opieki z gm. Wiązów i ościennych gmin”** nr umowy FEDS.07.07-IP.02-0115/23, w ramach Priorytetu 7. : Fundusze Europejskie na rzecz rynku pracy i włączenia społecznego na Dolnym Śląsku, Działania FELD.07.07: Rozwój usług społecznych i zdrowotnych, finansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie na Dolnym Śląsku 2021 – 2027.
- Wyrażam zgodę na przesyłanie przez Fundację Wiosna Jesień informacji, o których mowa powyżej środkami komunikacji elektronicznej i/lub telefonicznie.
- Wyrażam zgodę na otrzymywanie telefonicznych połączeń przychodzących i inicjowanych przez Fundację Wiosna Jesień w w/w celach na numery wskazane w formularzu zgłoszeniowym.

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis

