

Załącznik nr 6 do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie pn. „**Jesteśmy do usług – usługi społeczne dla osób potrzebujących wsparcia z Gminy Sosnówka**” FELU.08.05-IZ.00-0076/25 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027.

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Świadczenie usługi teleopieki

Szanowna Pani/Szanowny Panie,

Administratorem Pani/Pana danych osobowych oraz danych osobowych Opiekunów wskazanych do otrzymywania informacji o udzielanej Pani/Panu usłudze teleopieki (jeśli zostały wskazane) jest *Fundacja Wiosna Jesień, 90-348 Łódź, ul. Jana Kilińskiego 185*. Pełna treść obowiązku informacyjnego znajduje się w przekazanych Pani/Panu Klauzulach informacyjnych dla Uczestnika programu (Załącznik nr 8 pkt I) oraz Klauzuli informacyjnej dla Opiekuna Uczestnika programu (Załącznik nr 8 pkt II), stanowiących integralną część Formularza zgłoszeniowego.

Wypełnienie i przekazanie niniejszego formularza w zakresie danych dotyczących Pani/Pana imienia i nazwiska oraz danych kontaktowych jest niezbędne w celu właściwej realizacji usługi wsparcia przez Centrum Teleopieki (dane osobowe niezbędne). Podanie przez Panią/Pana danych o stanie zdrowia jest dobrowolne, przy czym podanie tych danych może pomóc podnieść jakość realizowanej na Pani/Pana rzecz usługi przez Centrum Teleopieki.

I. OŚWIADCZENIA OBLIGATORYJNE

1. Oświadczam, że otrzymałam/em klauzule informacyjne w wersji papierowej, stanowiące integralną część Formularza zgłoszeniowego (Załącznik nr 8 pkt I i II) i zostałam/em poinformowana/y o możliwości wycofania każdej z poniżej wyrażonych zgód kierując żądanie na adres e-mail: daria.bartnicka@odokancelaria.pl lub listownie na adres siedziby 90-348 Łódź, ul. Jana Kilińskiego 185.
2. Oświadczam, że w związku ze wskazaniem przeze mnie danych kontaktowych do Opiekunów w Formularzu zgłoszeniowym, zobowiązuję się do przekazania Klauzuli Informacyjnej o przetwarzaniu danych osobowych Opiekunom (Załącznik nr 8 pkt II) oraz że Opiekunowie wyrazili zgodę na pełnienie tej funkcji, a ich dane wskazane w Formularzu są aktualne.
3. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na realizację usługi teleopieki, rozumiem cel usługi oraz deklaruję chęć objęcia mnie usługą teleopieki na zasadach określonych w umowie, która została zawarta pomiędzy mną, a *Fundacją Wiosna Jesień*.
4. Oświadczam, iż w razie zgłoszenia przeze mnie nagłego pogorszenia zdrowia, wyrażam dobrowolnie i świadomie zgodę na kontakt ze mną ze strony Centrum Teleopieki za pośrednictwem opaski bezpieczeństwa, na zasadach określonych w umowie, która została zawarta pomiędzy mną, a *Fundacją Wiosna Jesień*.
5. Wyrażam zgodę na przekazywanie wszelkich informacji o stanie mojego zdrowia i samopoczucia oraz na kontaktowanie się ze strony Centrum Teleopieki ze wskazanymi przeze mnie Opiekunami we wszystkich sprawach związanych ze zgłoszeniem przeze mnie nagłego pogorszenia zdrowia za pośrednictwem opaski bezpieczeństwa – można podać dane jednego lub dwóch Opiekunów.

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

II. OŚWIADCZENIA DODATKOWE (zaznaczyć „X”)

- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez *Fundację Wiosna Jesień* w celach związanych z oferowaniem wzięcia udziału w nowych programach wsparcia Seniorów oraz innych podobnych działaniach środkami komunikacji elektronicznej i/lub telefonicznie.
- Wyrażam zgodę na otrzymywanie telefonicznych połączeń przychodzących i inicjowanych przez *Fundację Wiosna Jesień* w ww. celach na numery wskazane w formularzu zgłoszeniowym.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w formularzu, bez konieczności ponownego ich zbierania, w celu kontynuacji przez *Fundację Wiosna Jesień* świadczenia usługi teleopieki w związku z moim przystąpieniem do programu realizowanego przez *Fundację Wiosna Jesień*. Powyższa zgoda obowiązuje w przypadku ponownego zakwalifikowania mnie do kolejnego programu w terminie 12 miesięcy od dnia zakończenia działań objętych programem, w ramach którego zebrano moje dane osobowe.
- Oświadczam, iż wyrażam zgodę, na nieodpłatne utrwalenie, jak również nieograniczone czasowo oraz terytorialnie, wykorzystanie mojego wizerunku utrwalonego podczas realizacji zdjęć ze szkolenia z użytkowania teleopasek. Niniejsza zgoda obejmuje następujące pola eksploatacji: wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych zdjęć oraz nagrań, obrót egzemplarzami, na których utrwalono wizerunek oraz na zwielokrotnianie wizerunku wszelkimi dostępnymi technikami i metodami, rozpowszechnianie oraz publikowanie w materiałach służących promocji ww. projektu, w szczególności w mediach (np. Internet, telewizja), w materiałach promocyjnych (m.in.: w prezentacjach, newsletterze, folderach etc.). Jednocześnie wyrażam zgodę na udostępnienie i przetwarzanie moich danych osobowych w celach związanych z wyrażeniem zgody na wykorzystanie mojego wizerunku w ww. zakresie.

.....

(data i podpis osoby składającej oświadczenie)

Prosimy o wypełnienie dużymi, drukowanymi literami czarnym lub niebieskim kolorem
Prosimy odpowiedzieć na poniższe pytania wstawiając znak „X” w odpowiednią rubrykę

CHOROBY I INNE INFORMACJE ZDROWOTNE

<input type="checkbox"/>	Nadciśnienie tętnicze	<input type="checkbox"/>	Nadczynność tarczycy	<input type="checkbox"/>	Choroba Parkinsona	<input type="checkbox"/>	Niewydolność serca
<input type="checkbox"/>	Cukrzyca typu 1	<input type="checkbox"/>	Niedoczynność tarczycy	<input type="checkbox"/>	Kamica nerkowa	<input type="checkbox"/>	Choroba zwyrodnieniowa stawów
<input type="checkbox"/>	Cukrzyca typu 2	<input type="checkbox"/>	Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP)	<input type="checkbox"/>	Jaskra	<input type="checkbox"/>	Migotanie przedsionków
<input type="checkbox"/>	Arytmia serca	<input type="checkbox"/>	Dna moczanowa	<input type="checkbox"/>	Miażdżyca	<input type="checkbox"/>	Choroba wieńcowa
<input type="checkbox"/>	Nerwica	<input type="checkbox"/>	Dyskopatia	<input type="checkbox"/>	Osteoporoza	<input type="checkbox"/>	Reumatyzm
<input type="checkbox"/>	Zaćma	<input type="checkbox"/>	Zwyrodnienie kręgosłupa	<input type="checkbox"/>	Niewydolność układu krążenia	<input type="checkbox"/>	Demencja
<input type="checkbox"/>	Niewydolność nerek	<input type="checkbox"/>	Żylaki	<input type="checkbox"/>	Hipercholesterolemia	<input type="checkbox"/>	Depresja
<input type="checkbox"/>	Przebyty zawał serca	<input type="checkbox"/>	Przebyty udar mózgu	<input type="checkbox"/>	Wszczepiony rozrusznik serca	<input type="checkbox"/>	Choroba Alzheimera
<input type="checkbox"/>	Niedostuch	<input type="checkbox"/>	Niedowidzenie	<input type="checkbox"/>	Nadwaga/otyłość	<input type="checkbox"/>	Kamica żółciowa

Inne:

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

<input type="checkbox"/>	Brak	<input type="checkbox"/>	Lekki	<input type="checkbox"/>	Umiarkowany	<input type="checkbox"/>	Znaczny
--------------------------	------	--------------------------	-------	--------------------------	-------------	--------------------------	---------

ALERGIE Jeśli występują u Pana/Pani jakieś alergie, prosimy wymienić, na co jest Pan/Pani uczulony/a

LEKI

<input type="checkbox"/>	Acard	<input type="checkbox"/>	Bibloc	<input type="checkbox"/>	Nedal	<input type="checkbox"/>	Kalipoz
<input type="checkbox"/>	Bisocard	<input type="checkbox"/>	Amlozek	<input type="checkbox"/>	Zahron	<input type="checkbox"/>	Nolpaza
<input type="checkbox"/>	Insulina	<input type="checkbox"/>	Toramide	<input type="checkbox"/>	Aspargin	<input type="checkbox"/>	Controloc
<input type="checkbox"/>	Atoris	<input type="checkbox"/>	Diuver	<input type="checkbox"/>	Metocard	<input type="checkbox"/>	Atrox
<input type="checkbox"/>	Polocard	<input type="checkbox"/>	Tulip	<input type="checkbox"/>	Euthyrox	<input type="checkbox"/>	Mesopral
<input type="checkbox"/>	Kaldyum	<input type="checkbox"/>	Betaserc	<input type="checkbox"/>	Emanera	<input type="checkbox"/>	Lacipil
<input type="checkbox"/>	Spironol	<input type="checkbox"/>	Vicebrol	<input type="checkbox"/>	Neurovit	<input type="checkbox"/>	Nonpres
<input type="checkbox"/>	Polpril	<input type="checkbox"/>	Doreta	<input type="checkbox"/>	Romazic	<input type="checkbox"/>	Telmizek
<input type="checkbox"/>	Nebilet	<input type="checkbox"/>	Milurit	<input type="checkbox"/>	Primacor	<input type="checkbox"/>	Espiro
<input type="checkbox"/>	Roswera	<input type="checkbox"/>	IPP	<input type="checkbox"/>	Betaloc	<input type="checkbox"/>	Forxiga

Inne:

.....
Miejscowość, data:

.....
Czytelny podpis: