

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UDZIAŁU W PROGRAMIE

### „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2023 – Moduł II

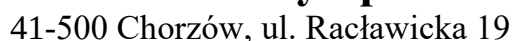
#### Dane Kandydata – senior ubiegający się o przystąpienie do Programu

|                              |                                                                                                                                                                                                                                     |                      |                      |                                                                                                                                                                                                        |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Imię:                        | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                |                      | Nazwisko:            | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| Data urodzenia (dd/mm/rrrr): | <table><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table> |                      |                      |                                                                                                                                                                                                        |                      | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/>         | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                   | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| ADRES ZAMIESZKANIA           |                                                                                                                                                                                                                                     |                      |                      |                                                                                                                                                                                                        |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| Miejscowość:                 | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                |                      | Kod pocztowy:        | <table><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table> |                      | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |
| <input type="text"/>         | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                   | <input type="text"/> |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| Ulica:                       | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                |                      | Numer domu:          | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                   | Numer mieszkania:    | <input type="text"/> |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| Numer telefonu:              | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                |                      |                      |                                                                                                                                                                                                        |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |

#### Dane Opiekuna – osoba pierwszego kontaktu wskazana przez Kandydata

**UWAGA:** Pamiętaj, że przekazując dane Opiekuna oświadczasz, że dysponujesz jego zgodą w tym zakresie. Ponadto poinformuj Opiekuna, że tut. OPS będzie posługiwał się jego danymi osobowymi. W tym celu możesz posłużyć się treścią informacji o ochronie danych osobowych zamieszczoną na końcu tego Formularza. W razie potrzeby przedstawiciel tut. OPS udzieli więcej informacji.

|                 |                      |  |           |                      |  |
|-----------------|----------------------|--|-----------|----------------------|--|
| Imię:           | <input type="text"/> |  | Nazwisko: | <input type="text"/> |  |
| Numer telefonu: | <input type="text"/> |  |           |                      |  |



Fax: 32 77 16 305

„Opieka na odległość” to idealne rozwiązanie, szczególnie dla osób samotnych, zarówno tych, które nie potrzebują usług całodobowych i nie korzystają na co dzień z usług opiekuńczych czy specjalistycznych usług opiekuńczych, jak i tych objętych wsparciem w postaci usług opiekuńczych

lub specjalistycznych usług opiekuńczych, u których nieprzewidywalność zmiany stanu zdrowia uzasadnia stałe monitorowanie w celu jak najszybszej reakcji, powiadomienia właściwych służb i udzielenia możliwe najszybciej pomocy, w tym pomocy medycznej, w ramach świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

**W ramach programu seniorom w wieku 65 lat i więcej zostanie zapewniony dostęp do tzw. „opasek bezpieczeństwa” wyposażonych w następujące funkcje:**

- przycisk bezpieczeństwa – sygnał SOS,
- detektor upadku,
- czujnik zdjęcia opaski,
- lokalizator GPS,
- funkcje umożliwiające komunikowanie się z centrum obsługi i opiekunami,
- funkcje monitorujące podstawowe czynności życiowe (puls i saturacja).

Opaska bezpieczeństwa będzie połączona z usługą operatora pomocy – w przypadku trudnej sytuacji lub nagłego zagrożenia wciśnięcie guzika alarmowego, znajdującego się na opasce, umożliwia połączenie się ze stale gotową do interwencji centralą, w której przewidujemy dyżury ratownika medycznego lub opiekuna medycznego lub pielęgniarki

## **Mechanizm realizacji Modułu II:**

### **Krok 1.**

Złożenie dokumentacji zgłoszeniowej do udziału w Programie w Module II w zakresie wyposażenia w tzw. „opaskę bezpieczeństwa” wraz z obsługą systemu u wybranego realizatora usługi.

### **Krok 2.**

Weryfikacja dokumentów zgłoszeniowych do udziału w Programie w MODULE II pod kątem spełnienia kryteriów warunkujących udział w Programie w MODULE II.

### **Krok 3.**

Utworzenie listy osób zakwalifikowanych do Programu oraz listy rezerwowej. O zakwalifikowaniu Kandydata do udziału w Programie w MODULE II decyduje data złożenia kompletnych dokumentów zgłoszeniowych.

### **Krok 4.**

Poinformowanie osób wnioskujących o udział w Programie w MODULE II o wynikach rekrutacji zgodnie z preferowaną formą kontaktu podaną w formularzu zgłoszeniowym.

### **Krok 5.**

Zawarcie umowy/porozumienia przekazania uczestnikowi Programu tzw. „opaski bezpieczeństwa” wraz z obsługą systemu u wybranego realizatora usługi.

## Krok 6.

Przeprowadzenie szkolenia Uczestnika Programu w zakresie użytkowania tzw. „opaski bezpieczeństwa”.

## Krok 7.

Realizacja i koordynacja programu w ramach MODUŁU II.

Oświadczam, że:

1. Wyrażam zgodę na udział w Programie i akceptuję warunki jego realizacji.
2. Zapoznałam/Zapoznałem się z warunkami realizacji Programu „Korpus Wsparcia Seniorów”.
3. Zobowiązuję się do udzielania niezbędnych informacji do celów monitoringu, kontroli i ewaluacji Projektu.
4. W dniu złożenia formularza zgłoszeniowego spełniam wymogi kwalifikacyjne związane z udziałem w Programie.
5. Zostałam/Zostałem poinformowana/poinformowany o tym, że Program „Korpus Wsparcia Seniorów” dofinansowany jest ze środków państwowego Funduszu Celowego.

Jestem świadoma/świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....  
(Miejscowość)

.....  
(Data: dd/mm/rrrr)

.....  
(Czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)

## Informacja o ochronie danych osobowych

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych przekazanych za pośrednictwem Formularza Zgłoszeniowego Udziału w Programie pn. „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2023 jest Dyrektor OPS z siedzibą w Chorzowie przy ul. Raławickiej 19. Kontakt do Administratora: nr tel.: 32 771 63 99. Kontakt do Inspektora Ochrony Danych: adres e-mail: [iod@opschorzow.pl](mailto:iod@opschorzow.pl)
2. Dane osobowe przetwarzane są w celu:
  - a. realizowania wzajemnych praw i obowiązków pomiędzy Administratorem i uczestnikami (uprawnionymi opiekunami uczestników) Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej pn. „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2023, w tym rozliczenia otrzymanych środków z Funduszu Celowego (dalej jako: „Program”),
  - b. realizowania przez Administratora zasad i obowiązków wynikających z Programu,
  - c. wykonywania zadania realizowanego w interesie publicznym (wynikającego z umowy nr PSVa.3113.12.10.2023 o udzielenie dotacji celowej z budżetu państwa na dofinansowanie zadania własnego Gminy tj. realizację usługi wsparcia na rzecz Seniorów w ramach Programu

- „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2023 zawartej pomiędzy Skarbem Państwa-Wojewodą Śląskim a Gminą Chorzów, a to zgodnie z uchwałą nr LVIII/939/2023 Rady Miasta Chorzów z dnia 2 lutego 2023 r. w sprawie przyjęcia Chorzowskiego Programu Osłonowego „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2023 mającej na celu podejmowanie innych zadań z zakresu pomocy społecznej zgodnie z art. 17 ust.2 pkt 4 ustawy o pomocy społecznej),
- d. zrealizowania umowy związanej z korzystaniem z opaski bezpieczeństwa, jej rozliczenia oraz dochodzenia roszczeń z nią związanych.
3. Dane osobowe będą przetwarzane na podstawie:
- przepisów prawnych dotyczących wykonywania zadania realizowanego w interesie publicznym w związku z wykonywaniem Programu (art. 6 ust. 1 lit. e. RODO w zw. z art. 9 ust. 1 lit. h RODO),
  - przepisów prawnych nakładających obowiązki prawne na Administratora (art. 6 ust. 1 lit. c. RODO)
  - umowy/porozumienia związanego z korzystaniem z opaski bezpieczeństwa (art. 6 ust. 1 lit. b i lit. f. RODO).
- Przekazanie danych jest niezbędne dla zrealizowania ww. celów, a brak ich przekazania może uniemożliwić realizację tych celów, w tym uczestnictwo w Programie.
4. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do danych osobowych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo sprzeciwu i przenoszenia danych, *jak również prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą w Warszawie.*
5. Odbiorcami danych osobowych mogą być: podmioty pomagające Administratorowi w realizowaniu ww. celów, dostawcy i serwisanci usług IT, dostawcy opasek bezpieczeństwa i oprogramowania do nich, podmioty którym dane zostały powierzone oraz w razie takiej konieczności uprawnionym organom państwowym np. ZUS, US, PEFRON, NFZ. Dane będą udostępniane organom prowadzącym Program tj. Ministrowi Rodziny i Polityki Społecznej oraz Wojewodzie Śląskiemu dla celów sprawozdawczych i kontrolnych.
6. Dane przechowywane będą przez okres wymagany przepisami prawa, w tym przez okres wskazany Programem tj. 10 lat (licząc od końca roku kalendarzowego, w którym rozpatrzono wniosek), a w uzasadnionych przypadkach przepisami ustawy o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach. W przypadku umowy/porozumienia do czasu przedawnienia roszczeń z nią związanych. Ponadto do czasu wniesienia skutecznego sprzeciwu.
7. Dane nie podlegają profilowaniu oraz zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
8. W przypadku pytań prosimy o kontakt bezpośredni.

### **Informacja dodatkowa dla opiekunów uczestnika Programu:**

*Pani/Pana dane osobowe wskazane w formularzu tj. imię, nazwisko, nr telefonu, zostały przekazane do Administratora przez uczestnika Programu. Administrator będzie posługiwał się nimi w celach i na zasadach opisanych w punktach powyżej. W przypadku pytań prosimy o kontakt bezpośredni.*