

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROGRAMU
„KORPUS WSPARCIA SENIORÓW” NA ROK 2025**

Dane kandydata	
Imię	
Nazwisko	
Adres zamieszkania	
Adres korespondencyjny (należy wypełnić jeśli jest inny niż zamieszkania)	
Numer telefonu	
e-mail	
PESEL	

Dane opiekuna prawnego – w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej

Imię	
Nazwisko	
Numer telefonu	

Sytuacja rodzinna kandydata/kandydatki (przy właściwej odpowiedzi należy wpisać „x”)

Jestem osobą samotnie zamieszkującą	
Jestem osobą zamieszkującą wspólnie z rodziną, ale przebywam samotnie więcej niż 8 godzin dziennie	
Jestem osobą zamieszkującą wspólnie z chorym członkiem rodziny, który wymaga opieki	

Sytuacja zdrowotna **kandydata/kandydatki** (przy właściwej odpowiedzi należy wpisać „x”)

Jestem osobą nieposiadającą orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, ale mającą problemy z samodzielным funkcjonowaniem z uwagi na stan zdrowia	
Jestem osobą posiadającą orzeczenie lekarza orzecznika ZUS (art.5 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych)	
Jestem osobą posiadającą orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub I grupę inwalidzką (art.62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych)	
Jestem osobą posiadającą orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub II grupę inwalidzką (art.62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych)	
Jestem osobą posiadającą orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności lub III grupę inwalidzką (art.62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych)	

Oświadczenia obowiązkowe:

1. Dane w niniejszym Formularzu są prawdziwe i aktualne oraz zobowiązuje się niezwłocznie poinformować Realizatora o wszelkich zmianach zawartych w niniejszym Formularzu.
2. Jestem świadomy/a odpowiedzialności za podanie nieprawdziwych danych w tym odpowiedzialności karnej na podstawie art.233 § 1 Kodeksu Karnego.
3. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i udziału w Programie Osłonowym „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2025.
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów związanych z prowadzeniem rekrutacji kandydatów do Programu.

.....
miejscowość

.....
data

.....
podpis wnioskodawcy /
przedstawiciela ustawowego

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U.UE.L.2016.119.1) informuję, że:

1. Administratorem Pani/a danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej z siedzibą: ul. Jedności Narodowej 11, 58 – 580 Szklarska Poręba, reprezentowany przez Dyrektora.
2. W sprawach związanych z Pani/a danymi proszę kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych - Adamem Szumowskim nr tel. 75 717 21 46, e-mail: adam@szumowski.com.pl.
3. Dane będą przetwarzane **w celu przeprowadzenia procesu rekrutacji do udziału programie osłonowym „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2025 w zakresie Modułu II.**
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być podmioty, które zwrócą się do Administratora o przekazanie danych osobowych w oparciu o obowiązujące przepisy prawa m.in. podmioty realizujące usługę Teleopieki.
5. Dane osobowe przechowywane będą do czasu wygaśnięcia obowiązku przechowywania tych danych wynikających z realizacji Programu „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2025, a następnie do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów dotyczących archiwacji dokumentacji.
6. Ma Pan/i prawo dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
7. Ma Pan/i prawo do wniesienia sprzeciwu wobec dalszego przetwarzania, a w przypadku wyrażenia zgody na przetwarzanie danych do jej wycofania. Skorzystanie z prawa cofnięcia zgody nie ma wpływu na przetwarzanie, które miało miejsce do momentu wycofania zgody.

Potwierdzenie zapoznania się z powyższą informacją:

.....
data

.....
podpis