Załącznik nr 1 do Regulaminu stanowiący załącznik do Zarządzenia nr GOPS.021.24.2023 Kierownika Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Popielowie z dnia 31 lipca 2023r

**FORMULARZ REKRUTACYJNY DO UDZIAŁU W PROGRAMIE** **KORPUS WSPARCIA SENIORÓW MODUŁ I**

**DLA MIESZKAŃCÓW GMINY POPIELÓW**

1. *CZĘŚĆ – DANE UCZESTNIKA*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| PROSZĘWYPEŁNIĆDRUKOWANYMI LITERAMI | IMIĘ |  |
| NAZWISKO |  |
| PESEL |  |
| DATA URODZENIA |  | TELEFON\* KONTAKTOWY |  |
| MIEJSCOWOŚĆ |  | KOD POCZTOWY |  |
| ULICA/NRBUDYNKU/ NR LOKALU |  |

\*-dane podane dobrowolnie

1. *CZĘŚĆ – MINIMALNE WARUNKI UDZIAŁU W PROJEKCIE*

**Proszę zaznaczyć X jeśli Pan / Pani spełnia poniższe kryteria.**

**□** Mieszkam na terenie Gminy Popielów

□ Mam 65 lat lub więcej

□ Wymagam wsparcia w codziennym funkcjonowaniu

**Proszę zaznaczyć X jakimi usługami byłaby Pani / Pan zainteresowany.**

□ pomoc w załatwianiu prostych spraw urzędowych

□ pomoc w zorganizowaniu transportu do lekarza, urzędu, asystowanie podczas wizyt

□ robienie i dostarczanie zakupów, leków

□ spacery, rozmowy, wspólne spędzanie czasu

□ pomoc w dostarczaniu produktów żywnościowych, w tym otrzymanych z Banku Żywności oraz z marketów „Biedronka”

□ wychodzenie z psem

□ pomoc w sprawach związanych z utrzymaniem porządku w domu

□ umawianie wizyt lekarskich

□ inne (jakie) ……………………..

|  |
| --- |
| **Informacje o niepełnosprawności:** Czy posiada Pan / Pani orzeczenie o stopniu niepełnosprawności? □ **Tak**  □ **Nie****Jeśli tak proszę podać:** stopień niepełnosprawności (niewłaściwe skreślić): lekki/umiarkowany / znacznyRodzaj niepełnosprawności……………………………………………………………………...…………………..………… |
|  |

**OCENA SYTUACJI ŻYCIOWEJ KANDYDATA / KANDYDATKI DO PROGRAMU ORAZ JEJ OPIEKUNÓW FAKTYCZNYCH**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sytuacja rodzinna** | **Tak** | **Nie** |
| Czy jest Pani/Pan osobą samotną/samotnie gospodarującą? |  |  |
| Czy Pani/Pan mieszka sam? |  |  |
| Czy Pani/Pan posiada rodzinę mieszkającą w tej samej miejscowości lub okolicy? |  |  |
| Czy Pani/Pan posiada sąsiadów, z którymi utrzymuje stały kontakt w najbliższym otoczeniu (do 0,5 km)? |  |  |
| **Sytuacja opiekunów prawnych / faktycznych osoby niesamodzielnej****(jeśli dotyczy)**  | **Tak** | **Nie** |
| Czy ma Pani/Pan ustalonego opiekuna prawnego? |  |  |
| **Dane kontaktowe do opiekunów / członków rodziny** |
| *Imię i nazwisko ………………………………..**………………………………………………….**telefon kontaktowy …………………………….* | *Imię i nazwisko ………………………………..**………………………………………………….**telefon kontaktowy …………………………….* |

1. *CZĘŚĆ - OŚWIADCZENIA* Oświadczam, że:
2. Wyrażam chęć udziału w Programie Korpus Wsparcia Seniorów Moduł I i oświadczam, że w przypadku zakwalifikowania będę stosował/a się do zasad określonych w *Regulaminem rekrutacji i udziału w Programie Korpus Wsparcia Seniorów Moduł I na 2023 r.*
3. Zapoznałem / zapoznałam się z *Regulaminem rekrutacji i udziału w Programie Korpus Wsparcia Seniorów Moduł I na 2023 r.,* akceptuję jego zapisy i zobowiązuję się do jego przestrzegania.

3.Spełniam kryteria kwalifikowalności, o których mowa w *Regulaminie,* uprawniające mnie do udziału w w/w Programie.

1. [**Wyrażam zgodę**] / [**Nie wyrażam zgody** ]\*\* na przetwarzanie moich danych osobowych – nr. telefonu kontaktowego, podanych w niniejszym formularzu, na potrzeby rekrutacji oraz realizacji Programu
2. Przedstawione przeze mnie w niniejszym formularzu dane są prawdziwe i odpowiadają stanowi faktycznemu na dzień podpisania niniejszego formularza. Jestem świadomy / świadoma odpowiedzialności jaką ponoszę w przypadku podania nieprawdziwych danych.

…..…..……………………...… …………...……………………………. miejscowość, data czytelny podpis Kandydata / Kandydatki\*\*\*

\*\* *należy wybrać właściwą opcję*

\*\*\* *dopuszcza się podpis opiekuna faktycznego osoby niesamodzielnej wyłącznie w sytuacji o której mowa w § 6 pkt 7 Regulaminu Rekrutacji i Udziału w Programie KWS Moduł I*

Pouczenie:

Składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą podlega odpowiedzialności karnej zgodnie z § 233 Kodeksu Karnego.

Klauzula informacyjna

Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych Korpus Wsparcia Seniorów Moduł I na 2023 rok (Klauzula ogólna)

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych na podstawie 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 . Dz.U.UE.L.2016.119.1 (dalej: RODO)

Administratorem Państwa danych osobowych jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Popielowie, ul. Powstańców 12, 46-090 Popielów (dalej: Administrator) Można się z nami kontaktować w następujący sposób:

1. listownie: Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Popielowie ul. Powstańców 12, 46-090 Popielów
2. poprzez e-mail gops.kierownik@popielow.pl, telefonicznie: (77) 427 57 10

2. Mogą się Państwo kontaktować również z wyznaczonym przez Administratora inspektorem ochrony danych:

1. pod adresem e-mail: iod.gops@popielow.pl
2. listownie: Inspektor ochrony danych, Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Popielowie ul.

# Powstańców 12, 46-090 Popielów

Kontakt z inspektorem ochrony danych jest możliwy wyłącznie w sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych.

1. Będziemy przetwarzać Państwa dane osobowe w zakresie niezbędnym do prawidłowej realizacji zadań dotyczących Korpusu Wsparcia Seniorów Moduł I na 2023 rok. Podstawę prawną przetwarzania Państwa danych stanowi:
	1. art. 6 ust. I lit c) i lit. e) RODO tj. realizacja obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze oraz realizacja zadania w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej, poprzez podejmowanie innych zadań z zakresu pomocy społecznej wynikających z rozeznanych potrzeb gminy, w tym tworzenie i realizacja programów osłonowych i świadczenie usług pomocy osobom potrzebującym wsparcia, w związku z art. 17 ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej
	2. art. 6 ust. I lit a) RODO w zakresie w jakim podane przez Państwa dane przetwarzane będą w oparciu o dobrowolnie wyrażoną zgodę — dotyczy danych do kontaktu (telefon/e-mail)
2. Dostęp do Państwa danych będą miały jedynie podmioty realizujące zadania na rzecz Administratora w oparciu o zawarte umowy powierzenia przetwarzania danych, tj. dostawcy usług hostingowych, doradczych, obsługi technicznej i serwisowej w zakresie IT, operatorzy pocztowi oraz podmioty i instytucje których dostęp do danych możliwy jest w oparciu o obowiązujące przepisy prawa.
3. Przysługuje Państwu:
	1. prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
	2. prawo do sprostowania (prawo do usunięcia danych osobowych, w sytuacji, gdy przetwarzanie danych nie następuje w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa lub w ramach sprawowania władzy publicznej;
	3. prawo do ograniczenia przetwarzania danych, przy czym przepisy odrębne mogą wyłączyć możliwość skorzystania z tego prawa, oraz prawo do sprzeciwu
	4. prawo do wniesienia skargi do Prezesa UODO (na adres Prezesa Urzędu Ochrony Danych poprawiania) swoich danych; Informujemy, że podanie danych jest niezbędne, w celu realizacji zadań w zakresie programu Korpus Wsparcia Seniorów Moduł I na rok 2023r.
4. Osoba której dane dotyczą, może w dowolnym momencie wycofać swoją zgodę na przetwarzanie danych w celach określonych w punkcie 3-b bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
5. Będziemy przechowywać Pani/Pana dane osobowe na podstawie obowiązujących przepisów prawa w szczególności ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 201 1 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych. (przez okres niezbędny do udokumentowania sprawy
6. Podanie danych za wyjątkiem danych kontaktowych (telefon/e-mail) jest warunkiem niezbędnym w celu korzystania z Korpusu Wsparcia Seniorów Moduł I. W pozostałym zakresie podanie danych jest dobrowolne, przy czym ich niepodanie utrudni lub też uniemożliwi bezpośredni kontakt z Państwem w ramach realizacji usług Korpus Wsparcia Seniorów Moduł I

 ……………………………………………….

 Data i podpis