Krzywcza, dnia …………………..

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA**

**do Programu osłonowego ,,Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2023**

**realizowanego przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Krzywczy  
 w formie tzw. ,,opieki na odległość”**

Imię i nazwisko Seniora ………………………………………………………………………...

Adres zamieszkania ……………………………………………………………………………..

Data urodzenia ………………………………………………………………………………...

Numer telefonu Seniora…………………………………………………………………………

Osoba samodzielnie prowadząca gospodarstwo domowe (tak/nie) \*

Osoba mieszkająca z osobami bliskimi (tak/nie) \*

Osoba posiadająca orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoznaczne (tak/nie) \*

Osoba leżąca (tak/nie) \*

Osoba samodzielnie wychodząca z domu (tak/nie) \*

Osoba korzystająca z usług opiekuńczych (tak/nie) \*

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że złożenie do GOPS w Krzywczy ,,Deklaracji uczestnictwa” nie oznacza zapewnienia dostępu do tzw. ,,opaski bezpieczeństwa”, bowiem kwalifikacji do objęcia pomocą w formie ,,opieki na odległość” dokona Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Krzywczy.

…………………………………………

(czytelny podpis Seniora)

\*właściwe podkreślić

Klauzula informacyjna RODO znajduje się pod adresem <https://gopskrzywcza.naszops.pl/rodo-ochrona-danych-osobowych>

**Oświadczenia**

Oświadczam, że:

* wyrażam wolę uczestnictwa w Programie;
* Zapoznałam(-em) się z zasadami udziału w Programie zawartymi w Regulaminie  
  programu w tym z zasadami przetwarzania danych osobowych i akceptuję jego treść.
* znam, rozumiem i spełniam wszystkie kryteria uczestnictwa uprawniające do udziału w Programie;
* spełniam obowiązek informacyjny wobec osób zgłoszonych do kontaktu z najbliższego otoczenia o przetwarzaniu ich danych osobowych;
* jestem świadomy odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
* w miejscu zamieszkania stale dostępny jest sygnał telefonii komórkowej;
* nie mam żadnych przeszkód technicznych, które uniemożliwiałyby lub utrudniały świadczenie usług teleopiekuńczych na moją rzecz;
* nie mam żadnych przeciwwskazań medycznych do korzystania przez niego z opaski bezpieczeństwa;
* rozumiem zakres i zasady świadczenia usługi teleopiekuńczej.
* Jestem świadoma(-y), że złożenie dokumentów nie jest równoznaczne  
  z zakwalifikowaniem się do udziału w Programie.

…………………………………………

(czytelny podpis Seniora)

Wyrażam zgodę na gromadzenie oraz przetwarzanie moich danych przez Gminny Ośrodek  
Pomocy Społecznej w Krzywczy w ramach Programu Korpus Wsparcia Seniorów.  
Wyrażam zgodę na przekazanie moich danych osobowych firmie SiDLY Sp. z o.o. celem  
dobrania operatorów kart SIM w opaskach SOS.

Powyższa zgoda jest dobrowolna i może zostać odwołana w formie pisemnej w każdej chwili. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

…………………………………………

(czytelny podpis Seniora)

Administratorem Danych Osobowych jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Krzywczy,   
37-755 Krzywcza 40, tel.16671-13-90, email:gops@krzywcza.pl. We wszelkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych przez Administratora danych można uzyskać informację, przesyłając wiadomość na adres e-mail: [kontakt@mpls.com.pl](mailto:kontakt@mpls.com.pl). Obowiązek informacyjny wynikający z Artykułu 13 ust. 1 i 2 oraz 14 RODO (UE) spełniono w Regulaminie Programu dostępnym w wersji papierowej oraz opublikowanym na stronie internetowej Organizatora.