



UL. EMILII KAROLA  
WOJTYŁÓW 4  
34-100 WADOWICE  
TEL. 33 823 28 18  
FAX 33 823 28 18

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UDZIAŁU W PROGRAMIE  
„KORPUS WSPARCIA SENIORÓW”  
NA ROK 2024**

<b>Potwierdzenie złożenia wniosku</b> (data wpływu)		<b>Podpis osoby przyjmującej wniosek</b>	
--	--	--	--

<b>IMIĘ</b>	
<b>NAZWISKO</b>	
<b>PESEL</b>	
<b>MIEJSCOWOŚĆ</b>	
<b>ULICA /NR BUDYNKU /LOKALU</b>	
<b>TELEFON</b>	

**WARUNKI UDZIAŁU W PROJEKCIE:**

Proszę zaznaczyć X jeśli Pan/Pani spełnia poniższe kryteria:

- Jestem osobą samotną;
- Mam 60 lub więcej lat;
- Jestem osobą niesamodzielną z powodu: wieku, stanu zdrowia lub niepełnosprawności, co oznacza, że potrzebuję wsparcia lub opieki w związku z niemożliwością wykonywania samodzielnie przynajmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego (np. zakupy, przygotowywanie i spożywanie posiłków, sprzątanie, poruszanie się, wychodzenie z domu, ubieranie i rozbieranie, higiena osobista)

.....  
(podpis)

## 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. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Wadowicach, ul. E. i K. Wojtyłów 4, 34-100 Wadowice
2. Administrator danych osobowych – przetwarza Pani/Pana dane osobowe na podstawie obowiązujących przepisów prawa, zawartych umów oraz na podstawie udzielonej zgody.
3. Inspektorem ochrony danych osobowych w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Wadowicach jest Pani Urszula Rogalewska, adres e-mail: [urogalewska@wadowice.pl](mailto:urogalewska@wadowice.pl)
4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu/celach:
  - a) wypełnienia obowiązków prawnych ciążyących na Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej;
  - b) realizacji umów zawartych z kontrahentami Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej;
  - c) w pozostałych przypadkach Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są wyłącznie na podstawie wcześniej udzielonej zgody w zakresie i celu określonym w treści zgody.
5. W związku z przetwarzaniem danych w celach o których mowa w pkt 4 odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być:
  - a) organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa;
  - b) inne podmioty, które na podstawie stosownych umów przetwarzają dane osobowe dla których Administratorem jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w pkt 4, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa.
7. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przysługują Pani/Panu następujące uprawnienia:
  - a) prawo dostępu do danych osobowych, w tym prawo do uzyskania kopii tych danych;
  - b) prawo do żądania sprostowania (poprawiania) danych osobowych – w przypadku gdy dane są nieprawidłowe lub niekompletne;
  - c) prawo do żądania usunięcia danych osobowych (tzw. prawo do bycia zapomnianym), w przypadku gdy:
    - dane nie są już niezbędne do celów, dla których były zebrane lub w inny sposób przetwarzane,
    - osoba, której dane dotyczą, wniosła sprzeciw wobec przetwarzania danych osobowych,
    - osoba, której dane dotyczą wycofała zgodę na przetwarzanie danych osobowych, która jest podstawą przetwarzania danych i nie ma innej podstawy prawnej przetwarzania danych,
    - dane osobowe przetwarzane są niezgodnie z prawem,
    - dane osobowe muszą być usunięte w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisów prawa;
  - d) prawo do żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych – w przypadku, gdy:
    - osoba, której dane dotyczą kwestionuje prawidłowość danych osobowych,
    - przetwarzanie danych jest niezgodne z prawem, a osoba, której dane dotyczą, sprzeciwia się usunięciu danych, żądając w zamian ich ograniczenia,
    - Administrator nie potrzebuje już danych dla swoich celów, ale osoba, której dane dotyczą, potrzebuje ich do ustalenia, obrony lub dochodzenia roszczeń,
    - osoba, której dane dotyczą, wniosła sprzeciw wobec przetwarzania danych, do czasu ustalenia czy prawnie uzasadnione podstawy po stronie administratora są nadrzędne wobec podstawy sprzeciwu;
  - e) prawo do przenoszenia danych – w przypadku gdy łącznie spełnione są następujące przesłanki:
    - przetwarzanie danych odbywa się na podstawie umowy zawartej z osobą, której dane dotyczą lub na podstawie zgody wyrażonej przez tą osobę,
    - przetwarzanie odbywa się w sposób zautomatyzowany;
  - f) prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych – w przypadku gdy łącznie spełnione są następujące przesłanki:
    - zaistnieją przyczyny związane z Pani/Pana szczególną sytuacją, w przypadku przetwarzania danych na podstawie zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej przez Administratora,
    - przetwarzanie jest niezbędne do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Administratora lub przez stronę trzecią, z wyjątkiem sytuacji, w których nadrzędny charakter wobec tych interesów mają interesy lub podstawowe prawa i wolności osoby, której dane dotyczą, wymagające ochrony danych osobowych, w szczególności gdy osoba, której dane dotyczą jest dzieckiem.
8. W przypadku gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby na przetwarzanie danych osobowych (art. 6 ust. 1 lit a RODO), przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie.
9. W przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej Pani/Pana danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego w sprawach ochrony danych osobowych.
10. W sytuacji, gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą, podanie przez Panią/Pana danych osobowych Administratorowi ma charakter dobrowolny.
11. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obowiązkowe, w sytuacji gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa lub zawarta między stronami umowa.
12. Pani/Pana dane mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

.....  
Podpis wnioskodawcy



**KARTA FUNKCJONOWANIA OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ SIĘ  
DO UDZIAŁU W PROGRAMIE  
„KORPUS WSPARCIA SENIORA”  
NA ROK 2024**

Imię nazwisko . .....

Adres zamieszkania .....

Pesel .....

Lp.	Czynność	W pełni samodzielny	Z pomocą innej osoby lub sprzętu	Zależny od innych osób
1.	Spożywanie posiłków			
2.	Dbłość o wygląd zewnętrzny			
3.	Mycie, kąpiel całego ciała			
4.	Ubieranie i rozbieranie się			
5.	Korzystanie z toalety/ WC			
6.	Przemieszczanie się /z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie/			
7.	Poruszanie się /chodzenie po schodach, spacer/			
8.	Świadomość społeczna /kontakty międzyludzkie, rozwiązywanie problemów/			

.....  
(data i podpis)



--

Imię i nazwisko

# Karta pacjenta 1/6 SiDLY

Dziękujemy za wybranie Teleopieki SiDLY. Prosimy o wypełnienie poniższego formularza drukowanymi literami. Poprawne i czytelne wypełnienie formularza jest niezbędne do prawidłowego świadczenia usługi. Zebrane informacje pozwolą na udzielenie natychmiastowej pomocy lub na wezwanie służb ratunkowych.

1. Dane osobowe													
Imię													
Nazwisko													
PESEL													
Data urodzenia RRRR - MM - DD				-			-						
Płeć	Kobieta <input type="checkbox"/>						Mężczyzna <input type="checkbox"/>						
Wzrost i waga	Wzrost				cm	Waga				kg			
Numer telefonu	+48									+48			
Adres zamieszkania	Kod pocztowy					-		Poczta <small>(jeśli dotyczy)</small>					
	Miejscowość												
	Ulica <small>(jeśli dotyczy)</small>												
	Numer budynku							Numer lokalu					
	Numer klatki							Piętro					
Wskazówki dojazdu dla służb ratunkowych													

Wprowadź 15 cyfrowy numer IMEI opaski SiDLY.  
Numer ten znajduje się na spodzie opakowania/pudełka opaski SiDLY

2. IMEI opaski													
Numer IMEI													

Jeżeli w pudełku wraz z urządzeniem jest naklejka z numerem IMEI przyklej ją na karcie pacjenta we wskazanym miejscu.

Naklejkę przyklej w tym miejscu

--

Imię i nazwisko

Wprowadź dane osoby do kontaktu. Podaj numer telefonu, adres i powiązanie.  
Jeżeli osoba posiada klucz do mieszkania, zaznacz odpowiednie pole.

3. Osoba do kontaktu 1																						
Imię i nazwisko																						
Numer telefonu	+48	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
Powiązanie <small>np. syn, sąsiad, krewny</small>																						
Adres zamieszkania																						
Dodatkowe informacje		Posiada klucz <input type="checkbox"/>																				

4. Osoba do kontaktu 2																						
Imię i nazwisko																						
Numer telefonu	+48	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
Powiązanie <small>np. syn, sąsiad, krewny</small>																						
Adres zamieszkania																						
Dodatkowe informacje		Posiada klucz <input type="checkbox"/>																				

5. Osoba do kontaktu 3																						
Imię i nazwisko																						
Numer telefonu	+48	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
Powiązanie <small>np. syn, sąsiad, krewny</small>																						
Adres zamieszkania																						
Dodatkowe informacje		Posiada klucz <input type="checkbox"/>																				

v6.2022

Imię i nazwisko

**Karta pacjenta 3/6 SIDLY**

Wypełnij dane dotyczące aktualnych chorób. Zaznacz "x" w odpowiednich polach.  
Jeśli posiadasz inne schorzenia, wpisz je w polu "Inne".

6. Dane medyczne	
Choroby	Alzheimer <input type="checkbox"/> Nadciśnienie <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Astma/POChP <input type="checkbox"/> Cukrzyca <input type="checkbox"/> Padaczka <input type="checkbox"/> Po zawale <input type="checkbox"/> Aparat słuchowy <input type="checkbox"/> Po udarze <input type="checkbox"/> Choroba nowotworowa <input type="checkbox"/> Leczenie paliatywne <input type="checkbox"/>
	Arytmie <input type="checkbox"/> Jakiej? <input type="text"/>
	Rozrusznik <input type="checkbox"/> Rodzaj? <input type="text"/>
	Inne <input type="text"/>
Alergie	
Uzależnienia	
COVID-19	Czy pacjent jest zaszczepiony przeciw COVID-19?    Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/>  Data ostatniego szczepienia: <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <span style="margin-left: 100px;">miesiąc</span> <span style="margin-left: 100px;">rok</span>

Wskaż miejsce przechowywania dokumentacji medycznej.

7. Miejsce przechowywania dokumentacji medycznej
<input type="text"/>

v6.2022



Imię i nazwisko

Wpisz przyjmowane leki **na receptę** wraz z dawkowaniem i zalecaną porą przyjęcia.

10. Leki			
Lp	Nazwa leku	Dotyczy dolegliwości	Dodatkowe informacje
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Wskaż miejsce przechowywania leków.

11. Miejsce przechowywania leków

Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą.

.....  
Data i czytelny podpis

Oświadczam, iż podane w powyższym formularzu dane stanowią pełną informację o moim stanie zdrowia.

.....  
Data i czytelny podpis

Oświadczam że osoby wymienione w Karcie Informacyjnej Pacjenta, jako osoby do kontaktu, mogą otrzymywać informacje o stanie mojego zdrowia.

.....  
Data i czytelny podpis

Imię i nazwisko

## Klauzula Informacyjna dla Użytkownika i "Osób do kontaktu"

Realizując obowiązek prawny nałożony na Administratora danych przepisami art. 13 i art. 14 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) zwanego dalej „RODO” informujemy że:

- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest SIDLY spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Warszawie, przy ul. Chmielnej 2/31, 00-020 Warszawa (dalej: „Administrator”).
  - Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym można kontaktować się za pośrednictwem adresu mailowego: [iod@sidly.org](mailto:iod@sidly.org)
  - Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w zakresie niezbędnym do wykonywania usługi teleopieki na rzecz Użytkownika opaski telemetrycznej (zwanego dalej Użytkownikiem) na podstawie:
    - świadczenia usług z zakresu świadczeń medycznych (np. realizacja celów profilaktyki zdrowotnej, diagnozy medycznej, zapewnienia opieki zdrowotnej) na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b i c oraz art. 9 ust. 2 lit. h RODO;
    - gdy to konieczne, w celu ochrony żywotnych interesów osoby, której dane dotyczą lub innej osoby fizycznej (np. gdy będzie konieczne udzielenie Użytkownikowi niezwłocznej pomocy) – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. d oraz 9 ust. 2 lit. c RODO;
    - gdy jest to konieczne z uwagi na uzasadniony interes Administratora lub strony trzeciej (np. w przypadku dochodzenia ewentualnych roszczeń lub ochrony przed roszczeniami) na podstawie art. 6 ust 1 lit. f oraz art. 9 ust. 2 lit. f RODO;
  - Obiorcą Pani/Pana danych osobowych jest każdorazowo podmiot świadczący usługę Teleopieki, przy czym Administrator danych upoważniony jest do powierzenia przetwarzania danych w tym zakresie innemu podmiotowi lub samodzielnemu świadczenia usług teleopieki.
  - Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być również upoważnieni pracownicy i współpracownicy Administratora, podmioty świadczące usługi na rzecz Administratora, z którymi zostały zawarte umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych oraz – gdy będzie to niezbędne dla świadczenia usług medycznych – podmioty świadczące takie usługi.
  - Administrator informuje, że dane osobowe: Użytkownika – będą przetwarzane przez czas wykonywania umowy na świadczenie usług teleopieki, a następnie przez czas niezbędny do dochodzenia ewentualnych roszczeń z niej wynikających oraz będą przechowywane przez okres ich archiwizacji wynikający z odrębnych przepisów, dotyczących przechowywania dokumentacji medycznej; Osoby do kontaktu wskazanej w Karcie Informacyjnej - będą przetwarzane przez czas wykonywania umowy na świadczenie usług teleopieki, a następnie przez czas niezbędny do dochodzenia ewentualnych roszczeń z niej wynikających, w zakresie w jakim dane osobowe stanowią część dokumentacji medycznej, będą przechowywane przez okres ich archiwizacji wynikający z odrębnych przepisów, dotyczących przechowywania dokumentacji medycznej.
  - Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne do prawidłowego wykonania usług teleopieki.
  - Źródłem Pani/Pana danych osobowych jest podmiot, który zawarł umowę na świadczenie usług teleopieki, który przekazuje Administratorowi Kartę Informacyjną wypełnioną przez Użytkownika. Ponadto Administrator będzie pozyskiwał dane osobowe Użytkownika, za pomocą opaski teledygnalnej z której Użytkownik będzie korzystał w trakcie świadczenia usługi teleopieki.
  - Administrator w ramach świadczonej usługi teleopieki przetwarza następujące dane osobowe:
    - Użytkownika:
      - dane, w tym dane medyczne, zawarte w wypełnionej Karcie Informacyjnej;
      - dane, w tym dane medyczne, pozyskiwane za pośrednictwem opaski telemetrycznej z której korzysta Użytkownik, to jest:
        - Wyniki pomiaru pulsu
        - Wyniki pomiaru aktywności (krokomierz)
        - Lokalizacja opaski powierzonej użytkownikowi – w wypadku rozpoczęcia procedury alarmowej
    - Osoby do kontaktu: Imię, Nazwisko, numer telefonu, adres zamieszkania, rodzaj powiązania z Użytkownikiem, informacja czy Osoba do kontaktu posiada klucze do mieszkania Użytkownika.
- W związku z przetwarzaniem danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo do:
  - dostępu do danych osobowych oraz do ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania danych osobowych lub do ich usunięcia;
  - jeżeli przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody – do jej wycofania w dowolnym momencie;
  - wniesienia w dowolnym momencie sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych;
  - żądania przeniesienia danych osobowych, przeniesienie polega na otrzymaniu od Administratora danych osobowych, w uszeregowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego i przesłaniu takich danych innemu administratorowi danych;
  - wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, w przypadku uznania, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy prawa.

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią przedmiotowej klauzuli informacyjnej.

V6.2022

Użytkownik	..... (miejscowość)	dnia	..... (data)	..... (czytelny podpis)
Osoba do kontaktu 1	..... (miejscowość)	dnia	..... (data)	..... (czytelny podpis)
Osoba do kontaktu 2	..... (miejscowość)	dnia	..... (data)	..... (czytelny podpis)
Osoba do kontaktu 3	..... (miejscowość)	dnia	..... (data)	..... (czytelny podpis)