

**KWESTIONARIUSZ ZGŁOSZENIOWY OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ  
O MIEJSCE W DZIENNYM DOMU „SENIOR+” W KROTOSZYNIE****CZĘŚĆ I - Dane osobowe i kontaktowe osoby ubiegającej się o miejsce**

Dane osobowe i kontaktowe osoby ubiegającej się o miejsce:										
Imię/Imiona										
Nazwisko										
Data urodzenia										
PESEL										
Adres zamieszkania*										
Nr telefonu osobistego										
Dane osobowe i dane do kontaktu opiekuna prawnego, jeśli dotyczy:										
Imię /imiona i nazwisko										
Nr telefonu kontaktowego										

\*adres zamieszkania zgodnie z art. 25 Kodeksu cywilnego – miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.

**CZĘŚĆ II - Stan cywilny, sytuacja zawodowa i rodzinna  
(właściwe zaznaczyć znakiem „x”)**

Stan cywilny:		
<input type="checkbox"/> osoba pozostająca w związku małżeńskim lub partnerskim		
<input type="checkbox"/> osoba stanu wolnego		
Sytuacja zawodowa:		
<input type="checkbox"/> jestem osobą nieaktywną zawodowo		
<input type="checkbox"/> jestem osobą aktywną zawodowo		
Sytuacja rodzinna:		
<input type="checkbox"/> osoba samotna	<input type="checkbox"/> osoba samotnie gospodarująca	<input type="checkbox"/> osoba w rodzinie

**Wyjaśnienia pojęć:**

**Osoba samotna:** oznacza samotne gospodarowanie, niepozostawanie w związku małżeńskim, nieposiadanie wstępnych lub zstępnych.

**Osoba samotnie gospodarująca:** oznacza osobę zamieszkującą w rodzinie, ale prowadzącą oddzielne gospodarstwo domowe.

**Rodzina:** to osoby spokrewnione lub niespokrewnione pozostające w faktycznym związku (np.

konkubinat), wspólnie zamieszkujące i gospodarujące.

**Wstępny:** oznacza każdego przodka danej osoby: jej rodzica (ojca, matkę), dziadków (dziadka, babcię), pradziadków (pradziadka, prababcię), prapradziadków, itd.

**Zstępny:** oznacza każdego kolejnego potomka tej samej osoby: jej dziecko, wnuka, prawnuka, praprawnuka, itd.

### CZEŚĆ III - Sytuacja zdrowotna osoby ubiegającej się o miejsce

<b>Niepelnosprawność:</b>
<input type="checkbox"/> TAK, proszę wpisać symbol niepełnosprawności ..... <input type="checkbox"/> NIE
<b>Alergia/uczulenia:</b>
<input type="checkbox"/> TAK, proszę wymienić jakie..... <input type="checkbox"/> NIE
<b>Leki przyjmowane stale w godzinach 8:00 - 16:00:</b>
<input type="checkbox"/> TAK (proszę uzupełnić) godz. .... nazwa leku ..... godz. .... nazwa leku ..... godz. .... nazwa leku ..... <input type="checkbox"/> NIE
<b>Stosowana/wymagana dieta:</b>
<input type="checkbox"/> TAK (proszę uzupełnić) Rodzaj diety i krótki opis: ..... ..... <input type="checkbox"/> NIE
<b>Wymagane wsparcie przy poruszaniu się:</b>
<input type="checkbox"/> TAK ((jeśli dotyczy - właściwe proszę zaznaczyć poprzez wpisanie znaku „X”) ○ pomoc osoby drugiej ○ wózek inwalidzki ○ kule/laska ○ balkonik <input type="checkbox"/> NIE
<b>Stosowane inne środki pomocnicze:</b>
<input type="checkbox"/> TAK ((jeśli dotyczy - właściwe proszę zaznaczyć poprzez wpisanie znaku „X”) ○ okulary korekcyjne ○ aparat słuchowy

<input type="radio"/> inne (wymienić) ..... <input type="checkbox"/> NIE
<b>Sposób dotarcia do Dziennego Domu "Senior+" oraz powrót:</b>
<input type="checkbox"/> Samodzielnie <input type="checkbox"/> Pod opieką osoby drugiej (proszę wpisać imię i nazwisko oraz nr kontaktowy do tej osoby)..... <input type="checkbox"/> Wnioskuje o przyznanie mi dowozu do Domu i odwozu (proszę uzasadnić): ..... .....
<b>Choroby, schorzenia, w szczególności przewlekłe, które mają wpływ na udział w zajęciach w Domu:</b>
<input type="checkbox"/> Tak (proszę wymienić, jakie): ..... <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
<b>Zachowanie higieny osobistej:</b>
<input type="checkbox"/> Samodzielnie <input type="checkbox"/> Wymagam pomocy osoby drugiej w czynnościach (proszę wymienić): .....
<b>INNE, nieujęte powyżej ważne uwagi, dotyczące ogólnej sprawności psychofizycznej, mające znaczenie do udziału w zajęciach w Domu:</b>

**CZĘŚĆ IV - Inne informacje przydatne w funkcjonowaniu w Dziennym Domu „Senior+” (np. wykształcenie, doświadczenie zawodowe, zainteresowania, hobby, umiejętności, współdziałanie w grupie, oczekiwania itp.):**

**CZĘŚĆ V - Deklaracja chęci uczestnictwa w zajęciach Domu:**

**Deklaruję chęć uczestnictwa w zajęciach w Dziennym Domu „Senior+” w następujące dni:**  
 (wybrane dni proszę zaznaczyć w kratce krzyżykiem „X”):

poniedziałek	wtorek	środa	czwartek	piątek

**WAŻNE:** osoba ubiegająca się o miejsce w Dziennym Domu „Senior+” musi zadeklarować uczestnictwo na zajęciach obowiązkowo minimum przez DWA DNI w tygodniu. W przypadku zadeklarowania udziału w zajęciach w jednym dniu - wniosek nie będzie rozpatrywany.

## **CZĘŚĆ VI - Dane osób upoważnionych do kontaktu z kadrą Domu**

(podać dane minimum jednej osoby dorosłej, spokrewnionej lub w sąsiedztwie):

<b>OSOBA NR 1</b>	
<b>Imię i nazwisko</b>	
<b>Stopień pokrewieństwa</b>	
<b>Telefon</b>	
<b>Inne możliwości kontaktu</b>	
<b>OSOBA NR 2</b>	
<b>Imię i nazwisko</b>	
<b>Stopień pokrewieństwa</b>	
<b>Telefon</b>	
<b>Inne możliwości kontaktu</b>	

### **OŚWIADCZENIE OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O MIEJSCE W DZIENNYM DOMU „SENIOR+” W KROTOSZYNIE**

**Oświadczam, że:**

- przedłożone przeze mnie w niniejszym Kwestionariuszu Zgłoszeniowym informacje są zgodne ze stanem faktycznym;
- zapoznałam/em się z Regulaminem Rekrutacji do Dziennego Domu „Senior+” w Krotoszynie i akceptuję jego warunki;
- wyrażam gotowość do aktywnego i regularnego uczestnictwa w zajęciach oraz oświadczam, że mój obecny stan zdrowia pozwala mi na pobyt i wzięcie udziału w zajęciach Dziennego Domu „Senior+” w Krotoszynie;
- nie mam żadnych przeciwwskazań zdrowotnych uniemożliwiających uczestnictwo oraz, że zgłaszam swoje uczestnictwo dobrowolnie i na własną odpowiedzialność;
- zostałam/em poinformowana/y, że Dzienny Dom „Senior+” w Krotoszynie współfinansowany jest ze środków Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej w ramach Programu Wieloletniego „Senior+” na lata 2021-2025.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Czytelny podpis osoby wnioskującej  
lub opiekuna prawnego

### **KLAUZULA INFORMACYJNA**

**Niniejsza Klauzula informacyjna jest kierowana do PANI/PANA z uwagi na fakt, iż udostępnia nam Pani/Pana swoje dane osobowe, które przetwarzamy wyłącznie w konkretnych, wyraźnych i prawnie uzasadnionych celach.**

**W związku z powyższym informujemy:**

1. Administratorem Danych Osobowych jest Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Krotoszynie z siedzibą przy ul. Kobylińskiej 10a, 63-700 Krotoszyn, reprezentowany przez Dyrektora.
2. Z Inspektorem Ochrony Danych można się kontaktować: mailowo: [iod@mgops-krotoszyn.pl](mailto:iod@mgops-krotoszyn.pl) lub pocztą na adres: Inspektor Ochrony Danych, Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej ul. Kobylińska 10a, 63-700 Krotoszyn.
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu rekrutacji do Dziennego Domu „Senior+” w Krotoszynie i mogą być przekazywane podmiotom współpracującym przy jego wykonaniu, jak również podmiotom, od których będą uzyskiwane informacje niezbędne do prawidłowego przebiegu rekrutacji.
4. Pani/Pana dane będą przetwarzane przez okres rekrutacji do Dziennego Domu „Senior+” w Krotoszynie; jeśli rekrutacja zakończy się dla Pani/Pana pozytywnie dane będą przetwarzane przez okres uczestnictwa w Dziennym Domu „Senior+” w Krotoszynie, w przypadku negatywnego wyniku rekrutacji przetwarzanie danych nie będzie kontynuowane.
5. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści danych oraz ich poprawiania.
6. Informacje o przetwarzaniu danych może Pani/Pan uzyskać w siedzibie Miejsko-Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Krotoszynie.
7. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych Miejsko-Gminnemu Ośrodkowi Pomocy Społecznej w Krotoszynie jest dobrowolne, lecz niezbędne do wzięcia udziału w rekrutacji.

**Ponadto w związku z przetwarzaniem danych osobowych, przysługują Pani/Panu następujące prawa:**

1. Żądania dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
2. Prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania.
3. Prawo do przenoszenia danych.
4. Prawo do cofnięcia zgodny na przetwarzanie danych osobowych w określonym celu, jeżeli uprzednio wyrażono taką zgodę.
5. Prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego w związku z przetwarzaniem przez Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Krotoszynie danych osobowych.

Powyższe uprawnienia może Pani/Pan realizować zgodnie z zasadami opisanymi w art. 16-21 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).

**Jednocześnie uprzejmie informujemy, iż Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Krotoszynie dokłada wszelkich starań, aby skutecznie chronić Pana/Pani dane osobowe.**

**Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią klauzuli i ją rozumiem i jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach związanych z niniejszą rekrutacją.**

.....  
Miejscowość, data

.....  
Czytelny podpis osoby wnioskującej  
lub opiekuna prawnego