

## KARTA ZGŁOSZENIOWA

### DANE OSOBOWE:

Nazwisko i imię: .....

Adres zamieszkania: .....

PESEL: .....

Data urodzenia: .....

Wiek: .....

Numer telefonu:

Nr. Telefonu stacjonarnego.....

Nt. telefonu komórkowego.....

### SYTUACJA RODZINNA:

- osoba samotnie zamieszkująca
- osoba zamieszkująca wspólnie z rodziną/znajomymi

### DANE OSÓB, Z KTÓRYMI NALEŻY SKONTAKTOWAĆ SIĘ W SYTUACJI WYSTĄPIENIA ZAGROŻENIA – CELEM POINFORMOWANIA O KONIECZNOŚCI PODJĘCIA INTERWENCJI LUB W CELU UDZIELENIA INFORMACJI O ZAISTNIAŁEJ SYTUACJI:

Nazwisko i imię: .....

Telefon: .....

Wyżej wymieniona osoba jest:

- członkiem rodziny
- sąsiadem/znajomym

Nazwisko i imię: .....

Telefon: .....

Wyżej wymieniona osoba jest:

- członkiem rodziny
- sąsiadem/znajomym

### SYTUACJA MIESZKANIOWA:

Rodzaj lokalu:

- mieszkanie – piętro: ....., kod do domofonu: .....
- dom wolnostojący
- segment

Kto posiada klucze do mieszkania/domu:

Nazwisko i imię: .....

Adres zamieszkania: .....

Telefon: .....

**SYTUACJA ZDROWOTNA:**

Czy istnieje niepełnosprawność:

tak, (jaka?): .....

nie

**Dane przychodni POZ:**

Nazwa oraz adres przychodni POZ.....

Telefon do rejestracji POZ.....

Imię i nazwisko lekarza POZ.....

**W jaki sposób osoba przemieszcza się:**

- osoba chodząca
- osoba chodząca z pomocą osób drugih
- z pomocą sprzętu rehabilitacyjnego typu kule ortopedyczne, balkonik
- na wózku inwalidzkim
- osoba leżąca

**Słuch:**

- dobry
- niedosłuch
- głuchota

**wzrok:**

- dobry
- niedowidzenie
- osoba niewidoma

**sprawność umysłowa:**

- dobra
- zaniki pamięci
- agresja
- depresja

**Informacja o schorzeniach:**

.....

.....

.....

.....

.....

Przyjmowane leki:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Oświadczam, iż zostałam/łem poinformowany, że informacje zawarte w niniejszej Karcie zgłoszeniowej będą przetwarzane w zakresie niezbędnym do realizacji usług teleopiekuńczych. Podanie w/w informacji jest dobrowolne, jednak ich brak uniemożliwia zakwalifikowanie mnie do udziału w Programie.

Płock, dnia .....

.....  
podpis osoby zgłaszającej się

### Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Ja, niżej podpisany/a, wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w podanym niżej zakresie:

dane osobowe zawarte w Karcie zgłoszeniowej do udziału w Programie „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2023

przez:

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Płocku  
09-400 Płock, ul. Zgliczyńskiego 4  
tel. 24/364 02 10

w celu:

zakwalifikowania do udziału w Programie, przyznania wsparcia w ramach Programu, udziału w Programie i prowadzenia dokumentacji z realizacji Programu.

Przysługują Panu/Pani nw. ustawowe prawa:

- (RODO, art. 7 ust. 3) – prawo do wycofania danej zgody w dowolnym momencie;
- (RODO, art. 16) – prawo do niezwłocznego sprostowania dotyczących jej danych, które są nieprawidłowe;
- (RODO, art. 16 ust. 1) – prawo żądania od administratora niezwłocznego usunięcia dotyczących jej danych osobowych;
- (RODO, art. 18 ust. 1) – prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych;
- (RODO, art. 77 ust. 1) – prawo do wniesienia skargi do organu nadziedzego;
- (RODO, art. 82 ust. 1) – prawo do odszkodowania i odpowiedzialność.

.....  
data, miejsce i czytelny podpis osoby wyrażającej zgodę

### **Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych**

Na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 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 04.05.2016r.), dalej zwanego „RODO”, niniejszym informuję, że:

#### **Dane Administratora**

Administratorem Państwa danych osobowych jest: Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Płocku, adres: Zgliczyńskiego 4, 09 – 400 Płock.

#### **Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych Osobowych**

Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym kontakt jest możliwy za pomocą poczty elektronicznej pod adresem: [iod@mopsplock.eu](mailto:iod@mopsplock.eu).

#### **Cele przetwarzania i podstawa prawna**

Pani/Pana dane będą przetwarzane ze względu na konieczność wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze w związku z realizacją przepisów ustawy z dnia 12 marca 2004 r o pomocy społecznej (tj. Dz. U. 2023 poz. 901 z późn. zm.), a więc w celu wykonywania obowiązków prawnych – art. 6 ust. 1 lit. c RODO, art. 9 ust. 2 lit. b RODO. Podstawę prawną przetwarzania Państwa danych osobowych stanowią przepisy ww. ustawy.

#### **Zakres przetwarzanych danych osobowych**

Zakres danych osobowych wynika z wypełnionego przez Państwa wniosku oraz informacji przez Państwa przedłożonych w toku ubiegania się o udzielenie świadczenia. Zakres ten znajduje odzwierciedlenie w odpowiednich przepisach ww. ustawy i jest niezbędny do jej wykonania.

#### **Podmioty, którym dane mogą zostać udostępnione lub powierzone**

- Podmioty i organy, którym Administrator jest zobowiązany lub upoważniony udostępnić dane osobowe na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa (w szczególności: instytucje systemu pomocy społecznej, organy nadrzędne, organy wymiaru sprawiedliwości, itp.).
- Podmioty upoważnione na podstawie odrębnych porozumień w zakresie wykonywania czynności zmierzających do realizacji celów wynikających z odrębnych umów z nimi zawartych (powierzenie).

#### **Okres przechowywania danych**

Dane osobowe będą przetwarzane nie dłużej niż do końca realizacji wskazanych powyżej celów przetwarzania, z zastrzeżeniem że okres przechowywania danych osobowych może zostać każdorazowo przedłużony o okres przewidziany przepisami powszechnie obowiązującego prawa.

#### **Prawa osób, których dane dotyczą**

W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przysługuje Państwu prawo do:

- a) dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
- b) sprostowania (poprawienia swoich danych);
- c) uzupełnienia swoich danych;
- d) ograniczenia przetwarzania;
- e) wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, adres: ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, gdy uzna Pan/Pani, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.

#### **Informacje o wymogu podania danych**

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest niezbędne do realizacji zadań Administratora wynikających z treści ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej (tj. Dz. U. z 2023 poz. 901 z późn. zm.). Ich niepodanie uniemożliwi skuteczne ubieganie się i skorzystanie przez Panią/Pana z form wsparcia uregulowanych w treści ustawy.

#### **Przekazanie danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej**

Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazane poza Europejski Obszar Gospodarczy lub organizacji międzynarodowej.

### Sposób przetwarzania

Pani/Pana dane osobowe mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

### Dodatkowa informacja

Informujemy również, że Administrator dokłada wszelkich starań, aby zapewnić niezbędne środki fizycznej, technicznej i organizacyjnej ochrony danych osobowych przed ich przypadkowym, lub umyślnym zniszczeniem, przypadkową utratą, zmianą, nieuprawnionym ujawnieniem, wykorzystaniem czy dostępem, zgodnie ze wszystkimi obowiązującymi przepisami prawa.

Załącznik nr 5  
do Regulaminu udziału w Programie  
„Korpus Wsparcia Seniorów” na rok  
2023

## UPOWAŻNIENIE DO WYSTĘPOWANIA W IMIENIU UCZESTNIKA PROGRAMU

Ja, niżej podpisana/y .....  
nazwisko i imię Uczestnika Programu

udzielam upoważnienia .....  
nazwisko i imię osoby upoważnionej

zamieszkałej/emu .....  
adres zamieszkania osoby upoważnionej

legitymującej/emu się dowodem osobistym nr .....  
nr dowodu osobistego osoby upoważnionej

do występowania w moim imieniu w załatwianiu spraw związanych z moim udziałem w Programie „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2023 w zakresie: podpisania umowy świadczenia usług oraz odbioru i zwrotu opaski monitorującej.

Płock, dnia .....

.....  
podpis Uczestnika Programu