|  |
| --- |
| data wpływu zgłoszenia do Domu Seniora JASO  ……………………………………… |

………………………….., dnia ………………………………..

**Zgłoszenie do Domu Seniora JASO**

Ja, niżej podpisana/y *(imię i nazwisko)*

………………………………………………………………………………………………………………………

proszę o przyznanie mi miejsca pobytu dziennego w **Domu Seniora JASO**, mającym siedzibę: 78-132 Grzybowo ul. Wiejska 3a, powiat kołobrzeski, województwo zachodniopomorskie na okres

od dnia …………………………………………….do dnia ………………………………………………

……………………….………………………………. ……………………….……………………

(data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego lub pełnomocnika\*)  (data i czytelny podpis wnioskodawcy)

***\* jeżeli wnioskodawca posiada przedstawiciela ustawowego lub pełnomocnika***

1. **Dane wnioskodawcy:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Imię i nazwisko: | |
| 1. Data urodzenia: | 1. Miejsce urodzenia: |
| 1. PESEL: | 1. Seria i nr D.O., organ wydający: |
| 1. Nr telefonu kontaktowego: | 1. Adres poczty elektronicznej: |
| 1. Adres zameldowania: | |
| 1. Adres zamieszkania / pobytu / do korespondencji: | |
| 1. Właściwa przychodnia podstawowej opieki zdrowotnej (POZ): | |
| nazwa i adres przychodni: | nr telefonu przychodni: |
| imię i nazwisko lekarza rodzinnego: | imię i nazwisko pielęgniarki środowiskowo – rodzinnej: |

……………………….……………………………. ……………………….……………………

(data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego lub pełnomocnika\*)  (data i czytelny podpis wnioskodawcy)

1. **Dane przedstawiciela ustawowego lub pełnomocnika wnioskodawcy\*:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Imię i nazwisko: | |
| 1. PESEL: | 1. Seria i nr D.O., organ wydający: |
| 1. Nr telefonu kontaktowego: | 1. Adres poczty elektronicznej: |
| 1. Adres zamieszkania / do korespondencji: | |
| 1. Podstawa prawna przedstawicielstwa ustawowego *(podkreślić właściwe)*:  * opieka *(wpisać)*:   lub   * kuratela *(wpisać)*: | |
| 1. Podstawa pełnomocnictwa *(wpisać)*: | |

……………………….……………………………. ……………………….……………………

(data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego lub pełnomocnika\*)  (data i czytelny podpis wnioskodawcy)

1. **Dane osoby upoważnionej do kontaktu z Domem Seniora JASO w sprawach wnioskodawcy\*\*:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Imię i nazwisko: | |
| 1. Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą *(o ile istnieje pokrewieństwo)*: | |
| 1. Nr telefonu kontaktowego: | 1. Adres poczty elektronicznej: |
| 1. Adres zamieszkania / do korespondencji: | |

……………………….……………………………. ……………………….……………………

(data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego lub pełnomocnika\*)  (data i czytelny podpis wnioskodawcy)

……………………….…………………………….

(data i czytelny podpis osoby do kontaktu w sprawach wnioskodawcy\*\*)

***\*\* jeżeli wnioskodawca posiada osobę do kontaktu***

1. **Dane osób stanowiących strony *umowy o świadczenie usług w Domu Seniora JASO*,zobowiązujących się do samodzielnego lub solidarnego ponoszenia odpłatności za pobyt wnioskodawcy:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Wnioskodawca *(podkreślić właściwe)*: 2. samodzielnie b) solidarnie z inną osobą c) solidarnie z innymi osobami | |
| 1. Inna osoba *(podkreślić właściwe)*: 2. samodzielnie b) solidarnie z wnioskodawcą c) solidarnie z inną osobą d) solidarnie z wnioskodawcą i z inną osobą | |
| Imię i nazwisko: | |
| Seria i nr D.O., organ wydający: | PESEL: |
| Adres zamieszkania: | |
| 1. Inna osoba *(podkreślić właściwe)*: 2. samodzielnie b) solidarnie z wnioskodawcą c) solidarnie z inną osobą d) solidarnie z wnioskodawcą i z inną osobą | |
| Imię i nazwisko: | |
| Seria i nr D.O., organ wydający: | PESEL: |
| Adres zamieszkania: | |

……………………….……………………………. ……………………….……………………

(data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego lub pełnomocnika\*)  (data i czytelny podpis wnioskodawcy)

……………………….…………………………….

(data i czytelny podpis innej osoby zobowiązującej się do ponoszenia odpłatności)

1. **Organizacja pobytu dziennego w Domu Seniora JASO:**
2. Preferowany rodzaj i forma spędzania czasu, zainteresowania i pasje, rodzaj zajęć i aktywności, którymi wnioskodawca jest zainteresowany w trakcie pobytu w Domu Seniora JASO *(wpisać)*:

|  |
| --- |
|  |

1. Dni i godziny pobytu wnioskodawcy w Domu Seniora JASO (*wpisać*):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| lp. | dzień tygodnia | | godziny pobytu (pomiędzy 7.00 a 19.00) | uwagi |
| liczba godzin |
| 1 | poniedziałek | TAK / NIE |  |  |
|  |
| 2 | wtorek | TAK / NIE |  |  |
|  |
| 3 | środa | TAK / NIE |  |  |
|  |
| 4 | czwartek | TAK / NIE |  |  |
|  |
| 5 | piątek | TAK / NIE |  |  |
|  |

1. Sposób dotarcia wnioskodawcy do Domu Seniora JASO *(właściwe podkreślić)*:
2. samodzielnie
3. wymaga organizacji transportu przez Dom Seniora JASO
4. Stopień samodzielności wnioskodawcy:
5. poruszanie się *(właściwe podkreślić)*:
6. samodzielne
7. na wózku inwalidzkim
8. przy pomocy balkonika /chodzika
9. przy pomocy kul/laski
10. załatwianie potrzeb fizjologicznych *(właściwe podkreślić)*:
11. samodzielne
12. wymagana pomoc
13. wymagane pieluchy/pampersy
14. wymagany cewnik
15. spożywanie posiłków *(właściwe podkreślić)*:
16. samodzielne
17. wymagana pomoc
18. wymagane karmienie
19. ubieranie się *(właściwe podkreślić)*:
20. samodzielne
21. wymagana pomoc
22. wymagane ubieranie
23. stosowanie innych środków pomocniczych*(właściwe podkreślić)*:
24. okulary korekcyjne
25. aparat słuchowy
26. inne *(wymienić)*: ……………………………………………………………………………………………
27. Stan zdrowia (*właściwe uzupełnić*):
28. orzeczona niepełnosprawność:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| nr orzeczenia i organ wydający: | |  | | |
| stopień niepełnosprawności: | |  | | |
| symbol niepełnosprawności: |  | | data ważności orzeczenia: |  |

1. choroby, schorzenia, w szczególności przewlekłe i spowodowane nimi ograniczenia w funkcjonowaniu, opieka poradni specjalistycznych oraz leki przyjmowane stale:

|  |
| --- |
|  |

1. alergia / uczulenia i spowodowane nimi ograniczenia w funkcjonowaniu:

|  |
| --- |
|  |

1. uzależnienia (nikotyna, kawa, alkohol, leki, inne) i spowodowane nimi ograniczenia w funkcjonowaniu:

|  |
| --- |
|  |

1. wymagana dieta:

|  |
| --- |
|  |

……………………….……………………………. ……………………….……………………

(data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego lub pełnomocnika\*)  (data i czytelny podpis wnioskodawcy)

1. **Dokumenty przedłożone w załączeniu do *Zgłoszenia*** (*niepotrzebne skreślić)***:**
2. zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia i wskazaniach do opieki – szt. ………….
3. dokument potwierdzający przedstawicielstwo ustawowe lub pełnomocnictwo, jeśli wnioskodawca posiada przedstawiciela ustawowego lub pełnomocnika – szt. ……
4. kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, jeśli wnioskodawca posiada orzeczenie – szt. ………..
5. dokumentacja medyczna, jeśli wnioskodawca ją posiada – szt. ………..
6. **Oświadczenia i zobowiązania wnioskodawcy dotyczące pobytu dziennego w Domu Seniora JASO:**

1. Oświadczam, że wszystkie informacje podane w Z*głoszeniu do Domu Seniora JASO* są zgodne z prawdą. Zobowiązuję się do niezwłocznego zgłoszenia wszystkich zmian w stosunku do informacji podanych w *Zgłoszeniu.*
2. Oświadczam, że jestem świadomy, że w trakcie pobytu w Domu Seniora JASO mogę zostać zobowiązana/y do przedłożenia aktualnego zaświadczenia lekarskiego o stanie mojego zdrowia i wskazaniach do opieki.
3. Oświadczam, że zapoznałam/em się z *Regulaminem pobytu w Domu Seniora JASO* i zobowiązuję się do przestrzegania postanowień tego *Regulaminu*.

Zobowiązuję się do ponoszenia odpłatności za pobyt w Domu Seniora JASO w wysokości ustalonej w *Umowie o świadczenie usług w Domu Seniora JASO* w wyznaczonym terminie.

Jestem świadoma/y, że naruszenie przeze mnie postanowień *Regulaminu* lub *Umowy* może spowodować rozwiązanie ze mną *Umowy o świadczenie usług w Domu Seniora JASO*  w trybie natychmiastowym.

……………………….……………………………. ……………………….……………………

(data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego lub pełnomocnika\*)  (data i czytelny podpis wnioskodawcy)

1. **Zgoda na przetwarzanie danych osobowych wnioskodawcy** (*podstawa prawna: ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych – t. j. Dz. U. z 2016 r., poz.922)*

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu i w zakresie niezbędnym do przyznania mi miejsca dziennego pobytu oraz do organizacji świadczenia usług zgodnie z *Umową o świadczenie usług w Domu Seniora JASO,* uzyskanych przez Administratora danych osobowych, tj. podmiot prowadzący Dom Seniora JASO - ……………………………………………………………. z siedzibą …………….……………………………

Niniejsza zgoda obejmuje także dane osobowe, o których mowa w art. 27 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych\*.

……………………….……………………………. ……………………….……………………

(data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego lub pełnomocnika\*)  (data i czytelny podpis wnioskodawcy)

**\*** Art. 27 ust. 1 ustawy: „Zabrania się przetwarzania danych ujawniających pochodzenie rasowe lub etniczne, poglądy polityczne, przekonania religijne lub filozoficzne, przynależność wyznaniową, partyjną lub związkową, jak również danych o stanie zdrowia, kodzie genetycznym, nałogach lub życiu seksualnym oraz danych dotyczących skazań, orzeczeń o ukaraniu i mandatów karnych, a także innych orzeczeń wydanych w postępowaniu sądowym lub administracyjnym”.

Art. 27 ust. 2 pkt 2 ustawy: „Przetwarzanie danych, o których mowa w ust. 1, jest jednak dopuszczalne, jeżeli osoba, której dane dotyczą, wyrazi na to zgodę na piśmie, chyba że chodzi o usunięcie dotyczących jej danych”.

1. **Zgoda na przetwarzanie danych osobowych** *(właściwe podkreślić)*:  **przedstawiciela ustawowego / pełnomocnika wnioskodawcy / osoby upoważnionej do kontaktu w sprawach wnioskodawcy / osoby zobowiązującej się do solidarnego ponoszenia odpłatności za pobyt wnioskodawcy w Domu Seniora JASO** (*podstawa prawna: ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych – t. j. Dz. U. z 2016 r., poz.922)*

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu i w zakresie niezbędnym do przyznania miejsca dziennego pobytu oraz do organizacji świadczenia usług zgodnie z *Umową o świadczenie usług w Domu Seniora JASO* Pani/Panu ………………………………………………………………,uzyskanych przez Administratora danych osobowych, tj. podmiot prowadzący Dom Seniora JASO - ………………………………………………………………… z siedzibą …………….…………………………………………………………………………………………

……………………….…………………………….

(data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego / pełnomocnika / osoby upoważnionej do kontaktu / osoby zobowiązującej się do solidarnego ponoszenia odpłatności za pobyt)

**Informacja o przetwarzaniu danych osobowych osoby, od której dane są zbierane**

Zgodnie z przepisem art. 24 ust.1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t. j. Dz. U. z 2016 r., poz. 922), …………………………………………… - podmiot prowadzący Dom Seniora JASO informuje:

1. Administratorem danych osobowych beneficjentów Domu Seniora JASO jest podmiot ………………………………………………………………………… .
2. Siedziba administratora danych osobowych: ………………………………………………………
3. Celem zbierania danych osobowych jest świadczenie usług zgodnie z *Umową o świadczenie usług w Domu Seniora JASO.*
4. Administrator danych osobowych nie przewiduje udzielania informacji innym odbiorcom.
5. Osoba, której dane są przetwarzane posiada prawo dostępu do treści swoich danych oraz do ich poprawiania.
6. Przetwarzanie danych osobowych beneficjenta Domu Seniora JASO oraz innych osób, których dane są niezbędne do organizacji pobytu beneficjanta w Domu Seniora JASO odbywa się na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą, udzielonej w formie właściwego oświadczenia, zgodnie z przepisem art. 23 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.

**------------------------------------------------------------------------------**

**Potwierdzenie otrzymania informacji o przetwarzaniu danych osobowych osoby, której dane są zbierane**

Ja, niżej podpisana/y *(imię i nazwisko)* …….……………………………………………………………,

zamieszkała/y w ………………….………….., ul. ……………………………………………………………..,

potwierdzam, że ………………………………………………………………….. - podmiot prowadzący Dom Seniora JASO udzielił mi wszelkich informacji, o których mowa w art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t. j. Dz. U. z 2016 r., poz. 922) w związku z realizacją *Umowy o świadczenie usług w Domu Seniora JASO*.

……………………….…………………………….

(data i czytelny podpis wnioskodawcy / przedstawiciela ustawowego / pełnomocnika / osoby upoważnionej do kontaktu / osoby zobowiązującej się do solidarnego ponoszenia odpłatności za pobyt)