Fundusze Europejskie dla Wielkopolski | Dofinansowane przez Unię Europejską | SAMORZĄD WOJEWÓDZTWA WIELKOPOLSKIEGO

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA PROJEKTU

„LUS – Lokalne Usługi Społeczne dla mieszkańców Aglomeracji Konińskiej"

Realizator: Dom Pomocy Społecznej w Koninie

Miejsce realizacji: Ośrodek wsparcia dla Osób z Chorobami Neurodegeneracyjnymi i ich opiekunów przy Dziennym Domu Pomocy Społecznej w Koninie ul. Południowa 2, 62-510 Konin

I. DANE KANDYDATA (OSOBY CHOREJ)

Osoba, która będzie korzystać z usług opiekuńczych i terapeutycznych w Ośrodku.

1. **Imię i Nazwisko:** .....
2. **PESEL:** ..... **Data urodzenia:** .....
3. **Adres zamieszkania:** .....

Czy kandydat jest zameldowany/zamieszkuje na terenie miasta Konina od co najmniej 6 miesięcy? ☐ TAK

☐ NIE (Osoba niekwalifikująca się do projektu)

4. **Telefon kontaktowy (jeśli dotyczy):** .....

Dane medyczne i funkcjonowanie:

5. **Diagnoza lekarska (potwierdzona zaświadczeniem):**

Proszę zaznaczyć właściwe lub wpisać kod ICD-10 (np. G30, G31, G20)

☐ Choroba Alzheimera

☐ Choroba Parkinsona

☐ Inne otępienie (jakie?): .....

6. **Schorzenia towarzyszące**

☐ dysfunkcja narządu ruchu

☐ dysfunkcja narządu wzroku

☐ dysfunkcja narządu mowy i słuchu

☐ zaburzenia psychiczne

☐Inne (jakie?): .....

7. **Czy kandydat wykazuje zachowania agresywne zagrażające bezpieczeństwu otoczenia?** *(Jest to kryterium wykluczające z udziału w projekcie ze względów bezpieczeństwa)* ☐ TAK ☐ NIE

8. **Stopień samodzielności:** *

Czy osoba porusza się samodzielnie? ☐ TAK ☐ NIE *

Czy wymaga pomocy w toalecie/higienie? ☐ TAK ☐ NIE *

Czy wymaga karmienia? ☐ TAK ☐ NIE

II. DANE OPIEKUNA FAKTYCZNEGO (OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ)

Osoba sprawująca stałą, bezpośrednią opiekę nad Kandydatem w gospodarstwie domowym.

1. **Imię i Nazwisko:** .....
2. **Adres zamieszkania:** .....

(Musi być tożsamy z adresem Kandydata – wspólne gospodarstwo domowe)

3. **Telefon kontaktowy:** .....
4. **Adres e-mail:** .....
5. **Status na rynku pracy:** ☐ Osoba pracująca zawodowo ☐ Osoba nieaktywna zawodowo ☐ Osoba zagrożona wypaleniem opiekuńczym

III. DEKLARACJA UCZESTNICTWA I POTRZEBY

1. **Deklaruję chęć korzystania z usług Ośrodka w wymiarze do 56 godzin miesięcznie** (usługa wytchnieniowa). Przyjmuję do wiadomości, że zajęcia odbywają się zgodnie z harmonogramem:
   - Poniedziałek, Środa, Piątek: 16:00 – 19:00
   - Sobota: 9:00 – 14:00
2. **Czy Opiekun zobowiązuje się do dowozu i odbioru Uczestnika we własnym zakresie?** ☐ TAK ☐ NIE

IV. OŚWIADCZENIA

Proszę postawić znak „X” przy każdym oświadczeniu.

1. ☐ Oświadczam, że zapoznałem/am się z **Ośrodka wsparcia dla Osób z Chorobami Neurodegeneracyjnymi i ich opiekunów w projekcie „LUS – Lokalne Usługi Społeczne dla mieszkańców Aglomeracji Konińskiej** i akceptuję jego warunki oraz warunki rekrutacji i wymogi projektu.
2. ☐ Oświadczam, że podane dane są zgodne z prawdą, a Kandydat posiada wymagane **zaświadczenie lekarskie** (od neurologa, psychiatry lub geriatry) potwierdzające diagnozę choroby neurodegeneracyjnej.
3. ☐ Oświadczam, że Kandydat nie korzysta w tym samym czasie z innych form wsparcia, które wykluczałyby udział w niniejszym projekcie (podwójne finansowanie).
4. ☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych Kandydata przez Powiat Koniński i Ośrodek dla celów rekrutacji i realizacji projektu „LUS”.
5. ☐ Zobowiązuję się do aktywnego udziału w spotkaniach edukacyjnych i konsultacjach dla rodzin organizowanych w ramach projektu.
6. ☐ Zobowiązuję się dostarczyć aktualną listę leków przyjmowanych przez Uczestnika, podpisaną przez lekarza

V. WYMAGANE ZAŁĄCZNIKI

Do formularza należy dołączyć:

1. **Zaświadczenie lekarskie** (neurolog, psychiatra lub geriatra) potwierdzające diagnozę (np. wg ICD-10: G30, G31, G20).
2. **Klauzula informacyjna RODO**
3. Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności (jeśli dotyczy).

....

(Miejscowość, Data) *(Czytelny podpis Opiekuna Faktycznego)*

Fundusze Europejskie dla Wielkopolski | Dofinansowane przez Unię Europejską | SAMORZĄD WOJEWÓDZTWA WIELKOPOLSKIEGO

Klauzula informacyjna RODO

Dom Pomocy Społecznej w Koninie zgodnie z artykułem 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46M/E (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) informuje Panią/Pana, że:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Dom Pomocy Społecznej w Koninie, ul. Południowa 1, 62-510 Konin,
- Inspektorem Ochrony Danych w Domu Pomocy Społecznej w Koninie jest Aneta Janiak kontakt, e-mail: iodo@dps.konin.pl tel. 602215969
- przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych jest niezbędne w związku z obowiązkiem prawnym ciążącym na administratorze – zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c RODO,
- podstawą prawną do przetwarzania danych osobowych jest ustawa z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej (tj. Dz. U. z 2017r., poz. 1769 ze zm.) oraz zadań zleconych Jednostce przez podmioty uprawnione na podstawie przepisów odrębnych,
- dane mogą być przekazywane podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa,
- dane będą przechowywane do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania tych danych z realizacji projektu **„LUS – Lokalne Usługi Społeczne dla mieszkańców Aglomeracji Konińskiej”**
- , a następnie do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikających z przepisów dotyczących archiwizacji dokumentacji,
- posiada Pani/Pan prawo do sprostowania, ograniczenia przetwarzania oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania,
- osoba przekazująca swoje dane ma prawo do wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych,
- podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym,
- Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym nie będzie wobec nich profilowania.

Konin,dnia …… ……

Podpis osoby ubiegającej się o wsparcie

lub jej opiekuna faktycznego