

**KWESTIONARIUSZ ZGŁOSZENIOWY
DO UDZIAŁU W ZAJĘCIACH W DZIENNYM DOMU SENIOR+ w SŁUBICACH**

DANE PODSTAWOWE									
Imię/Imiona									
Nazwisko									
Data urodzenia		PESEL							
DANE KONTAKTOWE/ADRES ZAMIESZKANIA									
Adres zamieszkania zgodnie z art. 25 Kodeksu Cywilnego – <i>miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu</i>									
Ulica							Nr domu/nr lokalu		
Miejscowość									
Kod pocztowy				Poczta					
Gmina				Powiat					
Telefon kontaktowy				Telefon kontaktowy do członka rodziny					
DANE OPIEKUNA PRAWNEGO W PRZYPADKU OSOBY UBEZWŁASNOWOLNIONEJ (JEŚLI WYSTĘPUJE)									
Imię (imiona) i nazwisko									
Numer telefonu									
Oświadczam, że jestem osobą: <i>(proszę właściwe zaznaczyć)</i>									
<input type="checkbox"/> zamieszkującą samotnie - mój dochód miesięczny netto obliczony zgodnie z art. 8 ust. 3 i 4 ustawą z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej wynosi złotych (słownie złotych:)									
<input type="checkbox"/> zamieszkującą z rodziną, ale prowadzącą oddzielne gospodarstwo domowe - mój dochód miesięczny netto obliczony zgodnie z art. 8 ust. 3 i 4 ustawą z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej (wynosi złotych (słownie złotych:)									
<input type="checkbox"/> zamieszkującą z rodziną i prowadzę z nią wspólne gospodarstwo domowe - dochód miesięczny netto na osobę w mojej rodzinie obliczony zgodnie z art. 8 ust. 3 i 4 ustawą z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej wynosi złotych (słownie złotych:)									

Ponadto, jestem osobą: (proszę właściwie zaznaczyć)		
<input type="checkbox"/> aktywną zawodowo	<input type="checkbox"/> nieaktywną zawodowo	
<input type="checkbox"/> samodzielną	<input type="checkbox"/> wymagającą częściowej opieki lub pomocy	<input type="checkbox"/> niesamodzielną
<input type="checkbox"/> wymagającą dowiezienia i odwiezienia do Dziennego Domu Senior+ w Słubicach		<input type="checkbox"/> niewymagającą dowiezienia i odwiezienia do Dziennego Domu Senior+ w Słubicach
Stan cywilny i sytuacja rodzina:		
<input type="checkbox"/> osoba pozostająca w związku małżeńskim lub partnerskim <input type="checkbox"/> osoba stanu wolnego : wdowa/wdowiec, panna / kawaler, rozwiedziona / rozwiedziony		
Zamieszkuje:		
<input type="checkbox"/> samotnie	<input type="checkbox"/> z żoną / mężem	<input type="checkbox"/> z rodziną
Sytuacja zdrowotna:		
Niepełnosprawność		
<input type="checkbox"/> TAK, symbol niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> NIE	
Choroby, schorzenia, w szczególności przewlekłe:		
<input type="checkbox"/> TAK , jakie	<input type="checkbox"/> NIE	

Oświadczam, że mój obecny stan zdrowia pozwala mi na wzięcie udziału w zajęciach w Dziennym Domu „Senior+” w Słubicach i oświadczam, że nie mam żadnych przeciwwskazań zdrowotnych uniemożliwiających uczestniczenie w ww. zajęciach oraz że chcę w nich uczestniczyć dobrowolnie i na własną odpowiedzialność.

Oświadczam, że zapoznała/em się z Regulaminem rekrutacji uczestników Dziennego Domu „Senior+” w Powiecie Słubickim i akceptuję jego warunki.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis
kandydata/opiekuna prawnego

Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym i równocześnie zobowiązuję się poinformować Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Słubicach o jakichkolwiek zmianach danych.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis
kandydata/opiekuna prawnego

Niniejszym informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Słubicach reprezentowane przez Dyrektora, z siedzibą w Słubicach, przy ul. Sienkiewicza 28, 69-100 Słubice, tel. 957582140, e-mail: pcpr@powiatslubicki.pl.
2. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu rekrutacji do Dziennego Domu Senior+ w Słubicach i mogą być przekazywane podmiotom współpracującym przy jego wykonaniu, jak również podmiotom, od których będą uzyskiwane informacje niezbędne do prawidłowego przebiegu rekrutacji.
3. Pani/Pana dane będą przetwarzane przez okres rekrutacji do Dziennego Domu Senior+ w Słubicach; jeśli rekrutacja zakończy się dla Pani/Pana pozytywnie dane będą przetwarzane przez okres uczestnictwa w Dziennym Domu Senior+ w Słubicach, w przypadku negatywnego wyniku rekrutacji przetwarzanie danych nie będzie kontynuowane.
4. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści danych oraz ich poprawiania.
5. Informacje o przetwarzaniu danych może Pani/Pan uzyskać w siedzibie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Słubicach.
6. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych Powiatowemu Centrum Pomocy Rodzinie w Słubicach jest dobrowolne.

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 PCPR w Słubicach danych osobowych.

Powyższe uprawnienia może Pani/Pan realizować zgodnie z zasadami opisanymi w art. 16 – 21 RODO (Rozporządzenie Unii Europejskiej o Ochronie Danych Osobowych).

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach związanych z niniejszą rekrutacją.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis
kandydata/opiekuna prawnego

**Komisja do zaopiniowania wniosków o przyjęcie do Dziennego Domu Senior +
w Słubicach w składzie:**

1.
2.
3.
4.
5.

dokonała w dniu zaopiniowania wniosku o przyjęcie do Dziennego
Domu „Senior+” w Słubicach Pana/i
zam.

OPINIA KOMISJI

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Data i podpisy członków Komisji