



Projekt „Aktywny Senior - kontynuacja” nr RPPK.08.03.00-18-0024/22, współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020 Priorytet VIII. Integracja społeczna, Działanie 8.3 Zwiększanie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych

FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU
„Aktywny Senior - kontynuacja”
RPPK.08.03.00-IP.01-18-064/22

Okres realizacji projektu: 01.11.2022 do 31.12.2023 r.

Data i godzina wpływu/podpis osoby przyjmującej	
--	--

Prosimy o wypełnianie ankiety **PISMEM DRUKOWANYM.**

Wszystkie dokumenty muszą być kompletnie wypełnione oraz czytelnie podpisane w sposób trwały
(np. niezmazywalny niebieski długopis)

Do formularza niezbędne jest załączenie:

- kserokopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem orzeczenia o stopniu niepełnosprawności – w przypadku osób niepełnosprawnych lub innego dokumentu poświadczającego stan zdrowia – w przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi;
- zaświadczenie od lekarza rodzinnego lub prowadzącego na wzorze załączonym do Formularza (str.13).

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY WRAZ Z KOMPLETEM DOKUMENTÓW NALEŻY ZŁOŻYĆ W GMINNYM OŚRODKU POMOCY SPOŁECZNEJ W GRODZISKU DOLNYM OSOBIŚCIE LUB DROGĄ POCZTOWĄ LUB PRZEKAZAĆ PRACOWNIKOWI SOCJALNEMU

ANKIETA REKRUTACYJNA DO PROJEKTU

„Aktywny Senior - kontynuacja”

Jestem zainteresowana/ zainteresowany (proszę zaznaczyć jedna odpowiedź)

opieką w Dziennym Domu Pomocy

opieką sprawowaną przez sąsiedzkiego opiekuna

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis

DANE PODSTAWOWE:

NAZWISKO	
IMIONA	
PŁEĆ	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
ADRES ZAMIESZKANIA Miejscowość, nr budynku, nr lokalu, kod pocztowy	
GMINA	
POWIAT	
WOJEWÓDZTWO	
KRAJ	
DATA I MIEJSCE URODZENIA	
PESEL	
WYKSZTAŁCENIE	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> Policealne <input type="checkbox"/> Wyższe
TELEFON KONTAKTOWY	
TELEFON UPOWAŻNIONEJ OSOBY DO KONTAKTU	



ADRES E-MAIL	
STATUS NA RYNKU PRACY	<input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy <input type="checkbox"/> Osoba pracująca (w tym własna działalność gospodarcza, rolnik)
INFORMACJA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	<input type="checkbox"/> Osoba z orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności <input type="checkbox"/> Osoba z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego <input type="checkbox"/> Nie dotyczy

Informacje uzupełniające wynikające z „Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020” - Szczególna sytuacja kandydata
(proszę zaznaczyć „x” w każdym właściwym miejscu)

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że jestem:

TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMAWIAM ODPOWIEDZI <input type="checkbox"/>	Osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia
TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMAWIAM ODPOWIEDZI <input type="checkbox"/>	Osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań
TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMAWIAM ODPOWIEDZI <input type="checkbox"/>	Osobą z niepełnosprawnościami
TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMAWIAM ODPOWIEDZI <input type="checkbox"/>	Osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) np. wykształceniem na poziomie podstawowym, byli więźniowie, narkomani, osoby z obszarów wiejskich.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis



PROJEKT:

„Aktywny Senior - kontynuacja”

OŚWIADCZENIE OSOBY SKŁADAJĄCEJ FORMULARZ

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:

1. Deklaruję udział w projekcie „Aktywny Senior - kontynuacja”.
2. Wyrażam zgodę na prowadzenie wobec mojej osoby dalszego postępowania rekrutacyjnego, mającego na celu określić moje predyspozycje do udziału w Projekcie.
3. Zapoznałem/łam się z zasadami udziału w w/w projekcie zawartymi w Regulaminie projektu i zgodnie z wymogami jestem uprawniony do uczestnictwa w nim. Jednocześnie akceptuję warunki Regulaminu.
4. Zostałem poinformowany/a, że Projekt jest finansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków budżetu państwa.
5. Nie biorę udziału w innych Projektach finansowanych ze środków Unii Europejskiej o takich samych formach wsparcia.
6. Mam świadomość, że wsparcie w ramach projektu może odbywać się w miejscowości innej od mojego miejsca zamieszkania.
7. Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych zawartych w Formularzu rekrutacyjnym oraz załącznikach, w tym tzw. danych wrażliwych przez Realizatora Projektu (zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 r.) do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji, działań w ramach projektu, monitoringu i ewaluacji projektu, a także w zakresie niezbędnym do wywiązania się Realizatora projektu z obowiązków sprawozdawczych wobec Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Rzeszowie. Moja zgoda obejmuje również przetwarzanie danych w przyszłości, pod warunkiem, że nie zostanie zmieniony cel.
8. Jestem świadomy/a, iż złożenie Formularza rekrutacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Projekcie.
9. Uprzedzony/a o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.
10. Wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego wizerunku w ramach realizacji Projektu.
11. Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych, które odbędą się w trakcie trwania Projektu.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis

PROJEKT:

„Aktywny Senior - kontynuacja”

OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU KRYTERIÓW DOSTĘPU

Uprzedzony/a o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam, że:

kwalifikuję się do grupy Uczestników projektu „Aktywny Senior - kontynuacja” realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020 Oś priorytetowa VIII Integracja społeczna Działanie 8.3. Zwiększanie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych, tj. spełniam łącznie następujące wymogi:

- Jestem mieszkańcem Gminy Grodzisko Dolne.
- Jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (doświadczam braku możliwości wykonywania czynności dnia codziennego).
- Mam powyżej 60 lat.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis

OŚWIADCZENIE O OPUSZCZNIU OPIEKI INSTYTUCJONALNEJ

Uprzedzony/a o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam, że:

- Korzystam z opieki instytucjonalnej i zamierzam ją opuścić na rzecz usług społecznych świadczonych w społeczności lokalnej tj. Dziennym Domu Pomocy w Grodzisku Dolnym lub skorzystać z opieki sąsiedzkiej
- Nie korzystam z opieki instytucjonalnej

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis

PROJEKT:

„Aktywny Senior – kontynuacja”

OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU KRYTERIÓW PREFERENCYJNYCH

Uprzedzony/a o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam, że:

(proszę zaznaczyć „x” w każdym spełnianym kryterium)

Jestem osobą, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego, o którym mowa w ustawie z 12.03.2004 r. o pomocy społecznej, tj. 1164,00 zł na osobę samotnie gospodarującą lub 900,00 zł na osobę w rodzinie.

Jestem osobą doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego *(zgodnie z Oświadczeniem o powodach wykluczenia, które dotyczą kandydata)*.

Jestem osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności *(proszę dołączyć kserokopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności)*.

Jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną lub jestem osobą z zaburzeniami psychicznymi, w tym os z niepełnosprawnością intelektualną lub osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi *(proszę dołączyć kserokopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub zaświadczenie lekarskie)*.

Jestem osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (skrót POPŻ) a zakres wsparcia nie powiela działań, które otrzymuję lub otrzymuje moja rodzina z POPŻ w ramach działań towarzyszących, o których mowa w POPŻ.

Jestem osobą, która nie ma zapewnionej opieki domowej.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis

PROJEKT:

„Aktywny Senior - kontynuacja”

OŚWIADCZENIE O POWODACH WYKLUCZENIA, KTÓRE DOTYCZĄ

KANDYDATA

Ja niżej podpisany/podpisana oświadczam, że doświadczam wielokrotnego wykluczenia z uwagi na przynależność do grup osób wskazanych w rozdziale 3 pkt. 15 Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020 tj.:

Osoby lub rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej

Proszę zaznaczyć ten punkt jeżeli Pan/Pani otrzymuje pomoc społeczną lub kwalifikuje się do objęcia pomocą przynajmniej z jednego niżej wymienionego powodu. Proszę podkreślić powód.

- 1) ubóstwo;
- 2) sieroctwo;
- 3) bezdomność;
- 4) bezrobocie;
- 5) niepełnosprawność;
- 6) długotrwała lub ciężka choroba;
- 7) przemocy w rodzinie lub potrzeba ochrony ofiar handlu ludźmi;
- 8) potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietności;
- 9) bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych;
- 10) trudność w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach.

Osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym

Proszę zaznaczyć ten punkt jeżeli Pan/Pani należy do przynajmniej jednej z niżej wymienionej grupy. Proszę podkreślić.

1) bezdomni realizujących indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,

2) uzależnieni od alkoholu,

3) uzależnieni od narkotyków lub innych środków odurzających,

4) chorzy psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego,

5) długotrwale bezrobotni w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,

6) zwalniani z zakładów karnych, mających trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,

7) uchodźcy realizujący indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,

8) osoby niepełnosprawne, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, które podlegają wykluczeniu społecznemu i ze względu na swoją sytuację życiową nie są w stanie własnym staraniem zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych i znajdują się w sytuacji powodującej ubóstwo oraz uniemożliwiającej lub ograniczającej uczestnictwo w życiu zawodowym, społecznym i rodzinnym.

Osoby przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej

Osoby nieletnie, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. z 2018 r. poz. 969)

Osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2018 r. poz. 1457, z późn. zm.)

- Osoby z niepełnosprawnością – osoby z niepełnosprawnością w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020 lub uczniowie/dzieci z niepełnosprawnościami w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze edukacji na lata 2014-2020
- Członkowie gospodarstw domowych sprawujący opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością
- Osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu
- Osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020;
- Osoby odbywające kary pozbawienia wolności
- Osoby korzystające z POPŻ

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH, W TYM SZCZEGÓLNYCH KATEGORII DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a 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), zwanego dalej RODO **wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych** zawartych w złożonym przeze mnie Formularzu rekrutacyjnym oraz załącznikach do Formularza rekrutacyjnego w ramach projektu „Aktywny Senior - kontynuacja” nr RPPK.08.03.00-18-0024/22 realizowanego przez Gminę Grodzisko Dolne / Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Grodzisku Dolnym, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020 Priorytet VIII. Integracja społeczna, Działanie 8.3 Zwiększanie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych, przez administratora danych osobowych Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Grodzisku Dolnym, 37-306 Grodzisko Dolne 124a, na potrzeby realizacji procesu rekrutacji do projektu, a w przypadku zakwalifikowania mnie do udziału w projekcie i zawarcia Umowy uczestnictwa w projekcie na potrzeby związane z realizacją projektu, w tym: udzielania wsparcia przewidzianego w projekcie, ewaluacji, monitoringu, sprawozdawczości, przechowywania dokumentacji związanej z realizacją projektu, oraz udostępniania jej podmiotom kontrolującym.

Jednocześnie **wyrażam zgodę na przetwarzanie szczególnych kategorii danych osobowych** tj. danych dotyczących zdrowia związanych z informacjami umieszczonymi w orzeczeniu o stopniu niepełnosprawności.¹

.....
Data, czytelny podpis

¹ Dotyczy wyłącznie osób ze stopniem niepełnosprawności, w pozostałych przypadkach zdanie należy przekreślić.

KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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), zwane dalej RODO, Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Grodzisku Dolnym informuje, że:

1. Administratorem Danych Osobowych Klientów Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Grodzisku Dolnym jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Grodzisku Dolnym, 37-306 Grodzisko Dolne 124a.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Grodzisku Dolnym możliwy jest za pośrednictwem adresu e-mail: gops@grodziskodolne.pl lub nr telefonu: 17 24 29 134.
3. Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Grodzisku Dolnym może przetwarzać dane osobowe Klientów GOPS Grodzisko Dolne, zwanych dalej Klientami, w celach realizacji ustawowych zadań określonych przepisami obowiązującego prawa. W pozostałych przypadkach dane osobowe przetwarzane są wyłącznie na podstawie wcześniej udzielonej zgody w zakresie i celu określonym w treści zgody.
4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu związanym z przeprowadzeniem procedury rekrutacji do projektu „Aktywny Senior - kontynuacja” oraz jego realizacji zgodnie z Wnioskiem o dofinansowanie projektu, Regulaminem uczestnictwa w projekcie oraz Regulaminem konkursu nr RPPK.08.03.00-IP.01-18-064/22 ogłoszonego w ramach RPO WP na lata 2014-2020 oraz Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze rynku pracy na lata 2014-2020.
5. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO, art. 6 ust. 1 lit. b RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO - w celu niezbędnym do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy, tj. weryfikacji i oceny złożonej przez Panią/Pana Formularza Rekrutacyjnego oraz, w razie wyboru zakwalifikowania Pana/Pani do udziału w projekcie, zawarcia i wykonania Umowy uczestnictwa w projekcie, jak również na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO – w celu niezbędnym do wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na administratorze danych osobowych w związku z przeprowadzeniem procedury rekrutacji do projektu oraz, po zakwalifikowaniu Pana/Pani do udziału w projekcie i zawarcia Umowy uczestnictwa w projekcie, w związku z realizacją projektu tj. w szczególności przechowywania dokumentacji przeprowadzonej procedury rekrutacji, udzielania wsparcia przewidzianego w projekcie, ewaluacji, monitoringu, sprawozdawczości, przechowywania dokumentacji związanej z realizacją projektu, oraz udostępniania jej podmiotom kontrolującym.
6. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja projektowa, w tym związana z procedurą rekrutacji, w szczególności instytucje i podmioty uprawnione do przeprowadzania kontroli i audytów dotyczących realizacji projektów współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej, a w przypadku zakwalifikowania Pana/Pani do udziału w projekcie i zawarcia Umowy uczestnictwa w projekcie, także podmioty upoważnione do uzyskiwania danych osobowych z mocy prawa, np. Urząd Skarbowy; Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Dane osobowe Klientów mogą otrzymywać w ramach prowadzenia postępowań organy publiczne – w oparciu o konkretne przepisy prawa, a także inne podmioty – zgodnie z podpisanymi umowami powierzenia im przetwarzania danych osobowych w imieniu Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Grodzisku Dolnym.
7. Dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich.
8. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres wskazany w §21 Ogólnych Warunków Realizacji Projektu tj. przez okres 2 lat od dnia 31 grudnia następującego po złożeniu do Komisji Europejskiej zestawienia wydatków, w którym ujęto ostatnie wydatki dotyczące Projektu, okres ten zostaje przerwany w przypadku wszczęcia postępowania administracyjnego lub sądowego dotyczącego wydatków rozliczonych w projekcie albo na należycie uzasadniony wniosek Komisji Europejskiej, a w przypadku dokumentów dotyczących podatku od towaru i usług – przez okres, o którym mowa w ustawie z dnia 11 marca 2004 r. o podatku i usług (Dz. U. t.j. z 2017 r., poz. 1221, z późn. Zm.).
9. Posiada Pani/Pan:
 - na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
 - na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych, przy czym skorzystanie z prawa do sprostowania nie może skutkować zmianą wyniku postępowania rekrutacyjnego ani zmianą postanowień umowy oraz nie może naruszać integralności Formularza

Rekrutacyjnego oraz jego załączników;

- na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO (*prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego*);
 - w przypadku, gdy przetwarzanie danych odbywa się na podstawie zgody, o której mowa w art. 6 ust 1 lit a RODO – Klientowi przysługuje także prawo do cofnięcia tej zgody. Cofnięcie to nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.
 - nie przysługuje Pani/Panu:
 - w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
 - na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. b i c RODO.
10. W przypadku stwierdzenia, że przetwarzanie danych osobowych przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Grodzisku Dolnym narusza przepisy RODO – Klient ma prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. do: Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa).
11. Obowiązek podania przez Panią/Pana danych osobowych bezpośrednio Pani/Pana dotyczących jest wymogiem związanym z rekrutacją i udziałem w projekcie “Aktywny Senior - Kontynuacja”; podanie danych osobowych w Formularzu rekrutacyjnym jest dobrowolne, lecz konieczne dla ważności zgłoszenia i ewentualnego zawarcia umowy udziału w projekcie.
12. Dane osobowe Klienta mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

Zapoznałem/łam się z Klauzulą informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych

.....
Data, czytelny podpis

PROJEKT:

„Aktywny Senior - kontynuacja”

ZAŚWIADCZENIE OD LEKARZA RODZINNEGO LUB PROWADZĄCEGO

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
numer identyfikacyjny REGON)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

W wyniku badania lekarskiego i oceny stanu zdrowia stwierdzam, że

Pan/ Pani

PESEL

Zamieszkały/a

jest osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.

Stwierdzam, że:

- wymagana jest pomoc innych osób
- nie ma przeciwwskazań do udziału w projekcie, w tym do udziału w Dziennym Domu Pomocy lub korzystaniu z pomocy sąsiedzkiej

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza rodzinnego
lub lekarza specjalisty)

