**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU**

*„Rozwój kompleksowych usług zdrowotnych dla osób starszych z chorobami otępiennymi   
na terenie województwie opolskiego.”*

*Dane Uczestnika:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię: | |  |
| Nazwisko: | |  |
| Wiek:  PESEL: | |  |
|  |
| *Dane kontaktowe*: | |  |
|  | Adres korespondencyjny  (ulica, kod pocztowy, miejscowość): |  |
|  | Powiat: |  |
|  | Telefon  *\*wymagane* |  |
|  | E-mail:  *\*opcjonalnie* |  |
|  | |  |
| Jednostka chorobowa | |  |
|  | |  |
| *Opis uzupełniający:*  1) Czy uczestnik samotnie zamieszkuje gospodarstwo domowe?  2) Wymień opiekuna/ów faktycznych  *(Podaj imię, nazwisko  i telefon kontaktowy do osoby sprawującej opiekę nad Uczestnikiem)*  3) Czy Uczestnik w chwili obecnej korzysta ze świadczeń finansowanych przez NFZ?  - zespołu opieki długoterminowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie w domu?  - rehabilitacji domowej?  *(proszę podać okres trwania finansowanych świadczeń)*  4) Dochody Uczestnika mieszczą się w przedziale:    (*kwota, która przypada na 1 osobę - w zależności od tego czy Uczestnik mieszka sam czy wspólnie z innymi członkami rodziny,*  *Uwaga: należy policzyć dochody wszystkich mieszkańców)* | | * do 1000zł netto * 1001zł-1500zł netto * 1501zł-2000zł netto * powyżej 2000zł |

|  |  |
| --- | --- |
| Czy posiada aktualne orzeczenie  o niepełnosprawności?  Proszę podać datę (od kiedy do kiedy) | * Nie * Tak * Termin orzeczenia od – do: |

*Uwagi dodatkowe:*

|  |  |
| --- | --- |
| Informacje mogące wpłynąć na decyzję podczas rekrutacji |  |

Oświadczam, że zgodnie z rozporządzeniem 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, s.1) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu rekrutacji i realizacji projektu, publikowania na stronie internetowej Stowarzyszenia oraz w środkach masowego przekazu.

Administratorem danych osobowych jest Opolskie Stowarzyszenie Rehabilitacji z siedzibą w Opolu, ul. Samborska,   
45-316 Opole. Możesz skontaktować się z Administratorem telefonując pod numer: 77 556 03 35. Zostałem/am poinformowany/a, iż zgoda na przetwarzanie moich danych osobowych jest dobrowolna, a także o przysługującym mi prawie dostępu do moich danych osobowych i ich poprawiania jak również możliwości odwołania zgody na przetwarzanie.

Zostałem/am poinformowany/a, iż moje dane osobowe przetwarzane są wyłącznie w zakresie związanym z realizacją powyższych celów, nie są udostępniane innym odbiorcom oprócz podmiotów upoważnionych na podstawie przepisów prawa. Administrator nie zamierza przekazywać moich danych do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowych.

Zostałem/am poinformowany/a, iż moje dane będą przechowywane nie dłużej niż jest to konieczne, tj. przez okres niezbędny do trwania projektu, a po tym okresie dla celów i przez czas oraz w zakresie wymaganym przez przepisy prawa lub dla zabezpieczenia ewentualnych roszczeń, lub do czasu cofnięcia udzielonej zgody. W związku z przetwarzaniem moich danych osobowych przez Administratora przysługuje mi prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego. Przekazanie moich danych osobowych jest wymogiem ustawowym, dotyczy każdego uczestnika projektu, wobec którego realizujemy ww. cele. W oparciu o moje dane osobowe Administrator nie będzie podejmował wobec mnie zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

data i podpis Uczestnika/opiekuna faktycznego