

KWESTIONARIUSZ ZGŁOSZENIOWY

do udziału w projekcie

„Drugi Dom” – utworzenie miejsc krótkookresowego, całodobowego pobytu dla osób niesamodzielnych w zastępstwie za opiekunów faktycznych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju”

realizowany przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020.

Wnioskuje o zakwalifikowanie mnie, jako Uczestnika Projektu do miesięcznego pobytu w Drugim Domu.

Dane podstawowe:

1. Imię i nazwisko
2. Adres zamieszkania, pobytu
-
3. PESEL.....
4. Numer telefonu
5. Adres email.....
6. Wykształcenie.....
7. Zawód.....

Oświadczenie kandydata/teki do udziału w projekcie

Oświadczam, że jestem osobą niesamodzielną 60+. Mój obecny stan zdrowia pozwala mi na uczestnictwo w projekcie „Drugi Dom” – utworzenie miejsc krótkookresowego, całodobowego pobytu dla osób niesamodzielnych w zastępstwie za opiekunów faktycznych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju”.

Oświadczam, że nie mam żadnych przeciwwskazań zdrowotnych uniemożliwiających pobyt w Drugim Domu oraz, że uczestniczę w realizacji projektu dobrowolnie i na własną odpowiedzialność. Jednocześnie oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią regulaminu Drugiego Domu w WSS Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju i w pełni akceptuję zapisy w nim zawarte.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)

Oświadczenie opiekuna faktycznego

Ja, niżej podpisany/a.....
zamieszkały/a(adres zamieszkania: miejscowość, ulica, numer domu/mieszkania, kod pocztowy)
PESEL
e-mail.....
telefon.....

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 oraz 297 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. –Kodeks Karny za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą¹, niniejszym oświadczam, że jestem osobą która spełnia łącznie poniższe warunki:

1.bezpośrednio sprawuję opiekę nad osobą niesamodzielną 60+

.....
(imię i nazwisko osoby niesamodzielnej 60+)

i przejmuję jego/jej zobowiązania wynikające z umowy nr w razie niewywiązania się z nich przez Uczestnika Projektu oraz obejmuję opiekę nad Uczestnikiem Projektu po wygaśnięciu w/w umowy,

2.nie pobieram wynagrodzenia z tytułu sprawowania opieki nad osobą niesamodzielną 60+,
3.nie jestem opiekunem zawodowym.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis opiekuna faktycznego)

Zgoda na przetwarzanie danych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz 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 (RODO)).

.....
(data)

.....
(czytelny podpis Kandydata/tki do projektu)

.....
(czytelny podpis opiekuna faktycznego)

Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych.

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE) uprzejmie informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych przetwarzanych jest Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju, Aleja Jana I Pawła II 7, 44-330 Jastrzębie-Zdrój,
2. Administrator wyznaczył inspektora do ochrony danych osobowych w WSS Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju, z którym można skontaktować się pod nr tel.: 32 47 84 536 , adres e-mail: mkowalska@wss2.pl
3. Administrator danych osobowych – WSS Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju– przetwarza Pani/Pana dane osobowe na podstawie obowiązujących przepisów prawa, zawartych umów oraz na podstawie udzielonej zgody. Podanie danych osobowych jest warunkiem koniecznym do udziału w realizacji w/w projektu. Ogólną podstawę do przetwarzania danych stanowi art. 6 ust. 1 lit. a - e ogólnego rozporządzenia.
4. Pani/ Pana dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji projektu „Drugi Dom” – utworzenie miejsc krótkookresowego, całodobowego pobytu dla osób niesamodzielnych w zastępstwie za opiekunów faktycznych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju realizowanego przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020.
5. Dane osobowe mogą być udostępniane innym podmiotom, uprawnionym do ich otrzymania na podstawie obowiązujących przepisów prawa..
6. Dane osobowe będą przetwarzane, w tym przechowywane zgodnie z przepisami ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. z 2018 r., poz. 217 ze zm.), a w przypadku

przetwarzania danych na podstawie wyrażonej zgody, przez okres niezbędny do realizacji wskazanego celu.

7. W związku z przetwarzaniem danych osobowych, na podstawie przepisów prawa, posiada Pani/Pan prawo do:

a) dostępu do treści swoich danych, na podstawie art.15 ogólnego rozporządzenia;

b) sprostowania danych, na podstawie art.16 ogólnego rozporządzenia.

W przypadku przetwarzania danych na podstawie wyrażonej zgody posiada Pani/Pan prawo do:

a) dostępu do treści swoich danych, na podstawie art.15 ogólnego rozporządzenia;

b) sprostowania danych, na podstawie art. 16 ogólnego rozporządzenia;

c) usunięcia danych, na podstawie art. 17 ogólnego rozporządzenia;

d) ograniczenia przetwarzania, na podstawie art. 18 ogólnego rozporządzenia;

e) wniesienia sprzeciwu, na podstawie art. 21 ogólnego rozporządzenia.

Prawa te są wykonywane przez Panią/Pana również względem tych osób, w stosunku do których sprawowana jest prawna opieka.

8. W przypadku, w którym przetwarzanie danych odbywa się na podstawie wyrażonej zgody, przysługuje Pani/Panu prawo do jej cofnięcia, w dowolnym momencie, w formie, w jakiej została ona wyrażona. Od tego momentu Pani/Pana dane nie będą przez nas przetwarzane.

9. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy o ochronie danych osobowych.

10. Dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

.....
(data)

.....
(czytelne podpisy
Kandydata/tki do projektu i opiekuna faktycznego)