

### KWESTIONARIUSZ ZGŁOSZENIOWY

#### I DANE UCZESTNIKA

Imię i Nazwisko	
PESEL	
Adres zamieszkania	
Telefon kontaktowy	

#### II DANE OSÓB UPOWAŻNIONYCH DO KONTAKTÓW W SPRAWACH UCZESTNIKA W TYM W RAZIE NAGŁYCH SYTUACJI:

##### OSOBA NR 1

Imię i nazwisko	
Stopień pokrewieństwa	
Telefon kontaktowy	
Inne możliwości kontaktu	

##### OSOBA NR 2

Imię i nazwisko	
Stopień pokrewieństwa	
Telefon kontaktowy	
Inne możliwości kontaktu	

### III SYTUACJA ZAWODOWA

Jestem osobą nieaktywną zawodowo (właściwie zaznaczyć - „X”)

- TAK
- NIE

Charakter gospodarstwa domowego (właściwie zaznaczyć - „X”)

- OSOBA SAMOTNA (BEZ RODZINY)
- OSOBA SAMOTNIE ZAMIESZKUJĄCA
- ZAMIESZKUJĄCA Z RODZINĄ

### IV ISTOTNE INFORMACJE O STANIE ZDROWIA

1.	Niepełnosprawność (załączyć orzeczenie)	TAK  Symbol niepełnosprawności: .....	NIE
2.	Choroby, schorzenia, w szczególności przewlekłe	TAK  Wymienić jakie: ..... ..... ..... .....	NIE
3.	Alergie/uczulenia	TAK  Wymienić jakie: ..... ..... ..... .....	NIE

Zadanie jest współfinansowane ze środków Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej,  
w ramach Programu Wieloletniego „Senior+” na lata 2015-2020

4.	Uzależnienia (nikotyna, kawa, alkohol, leki, inne)	<p style="text-align: center;">TAK</p> <p>Wymienić jakie:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	NIE
5.	Leki przyjmowane stale	<p style="text-align: center;">TAK</p> <p>godz. .... lek .....</p> <p>godz. .... lek .....</p> <p>godz. .... lek .....</p>	NIE
6.	Stosowana/wymagana dieta	<p style="text-align: center;">TAK</p> <p>Rodzaj diety, krótki opis:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	NIE
7.	Wymagane wsparcie przy poruszaniu się	<p>- nie wymaga</p>	
		- pomoc osoby drugiej	- kule/laska
		- wózek inwalidzki	- balkonik
8.	Stosowanie innych środków pomocniczych	<p>- nie wymaga</p>	
		- okulary korekcyjne	- aparat słuchowy

Zadanie jest współfinansowane ze środków Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej,  
w ramach Programu Wieloletniego „Senior+” na lata 2015-2020

		- inne ..... ..... .....
9.	Sposób dotarcia do placówki oraz powrót	- samodzielnie
		- pod opieką osoby drugiej: Imię i nazwisko ..... nr telefonu .....
10.	Zachowanie higieny osobistej	- samodzielnie
		- wymagana pomoc osoby drugiej
11.	INNE, nie ujęte powyżej ważne uwagi , dotyczące ogólnej sprawności fizycznej i psychicznej:	
12.	Właściwa przychodnia podstawowej opieki zdrowotnej	Nazwa i adres przychodni ..... ..... ..... .....
		Imię nazwisko lekarza rodzinnego POZ ..... ..... .....

Zadanie jest współfinansowane ze środków Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej,  
w ramach Programu Wieloletniego „Senior+” na lata 2015-2020



## V INNE INFORMACJE PRZYDATNE W FUNKCJONOWANIU W DZIENNYM DOMU

1.	Wykształcenie	
2.	Doświadczenie zawodowe	
3.	Zainteresowania	
4.	Umiejętności	
5.	Oczekiwania	

.....  
(data i czytelny podpis)

Wyrażam gotowość do aktywnego i regularnego uczestnictwa oraz oświadczam, że mój obecny stan zdrowia pozwala mi na pobyt i wzięcie udziału w zajęciach Dziennego Domu „Senior+” i oświadczam, że nie mam żadnych przeciwwskazań zdrowotnych uniemożliwiających uczestnictwo oraz, że zgłaszam swoje uczestnictwo dobrowolnie i na własną odpowiedzialność.

.....  
(data i czytelny podpis)

Zadanie jest współfinansowane ze środków Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej,  
w ramach Programu Wieloletniego „Senior+” na lata 2015-2020



### **Klauzula informacyjna**

Administratorem danych osobowych uczestników Domu jest Ośrodek Pomocy Społecznej w Głuchołazach. Dane przetwarzane są w celu rekrutacji i realizacji usług a ich podanie jest obowiązkowe w zakresie określonym przepisami prawa na podstawie ustawy o pomocy społecznej. Dane nie są przekazywane żadnym nieuprawnionym odbiorcom, ani też do państw trzecich. Odbiorcami danych mogą być jedynie osoby i podmioty upoważnione do przetwarzania danych oraz uprawnione na podstawie przepisów prawa organy publiczne. Dane są przechowywane przez czas określony w przepisach prawa. Osobie, której dane dotyczą, przysługuje prawo do wglądu w swoje dane, prawo ich uzupełniania i obowiązek zgłaszania Administratorowi zmiany danych osobowych. Osoby, których dane dotyczą, mogą kontaktować się z wyznaczonym u Administratora Inspektorem ochrony danych we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem ich danych osobowych. Dane kontaktowe IOD: Małgorzata Jurek.

.....  
(data i podpis)