



**DOFINANSOWANO
ZE ŚRODKÓW
BUDŻETU PAŃSTWA**

**KORPUS WSPARCIA SENIORÓW
NA ROK 2024**

**DOFINANSOWANIE
91 630,02 zł**

**CAŁKOWITA WARTOŚĆ
118 300,00 zł**

KORPUS WSPARCIA SENIORÓW NA ROK 2024



Program Korpus wsparcia Seniorów na rok 2024 finansowany z budżetu państwa w ramach Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej.

Wartość dofinansowania: 91 630,02 zł

Wartość całkowita: 118 300,00 zł

ADRESATAMI PROGRAMU SĄ:

- mieszkańcy miasta Kalisza;
- seniorzy w wieku 60 lat i więcej mający problemy z samodzielnym funkcjonowaniem ze względu na stan zdrowia, prowadzący samodzielne gospodarstwa domowe lub mieszkający z osobami bliskimi, które nie są w stanie zapewnić im wystarczającego wsparcia.

Opis i cele programu:

Usługa wsparcia Seniorów oraz zapewnienie im poczucia bezpieczeństwa poprzez zadania świadczone w ramach programu obejmują wsparcie społeczne, wsparcie psychologiczne oraz ułatwienie dostępu do podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej a także wsparcie w czynnościach dnia codziennego, dzięki realizacji poniższych zadań:

Moduł I - zapewnienie wsparcia seniorom w wieku 60 lat i więcej przez świadczenie usług opiekuńczych w postaci usług sąsiedzkich.

Regulamin wraz z załącznikami dostępny poniżej.

Moduł II - poprawa bezpieczeństwa oraz możliwości samodzielnego funkcjonowania w miejscu zamieszkania dla osób starszych przez zwiększanie dostępu do „opieki na odległość” poprzez zakup tzw. opasek bezpieczeństwa wraz z systemem obsługi.

Regulamin wraz z załącznikami dostępny poniżej.

Usługi realizowane w ramach Programu są bezpłatne dla mieszkańców miasta. Program realizowany jest w 2024 roku. Osoby zainteresowane udziałem w Programie prosimy o kontakt pod nr telefonu **506 162 493**.

Regulamin rekrutacji i udziału w Programie „Korpus Wsparcia Seniorów” w zakresie usług sąsiedzkich

§1. Informacje ogólne

1. Regulamin rekrutacji i udziału w Programie „Korpus Wsparcia Seniorów” – usługi sąsiedzkie określa warunki rekrutacji kandydatów do Programu i ich udziału w korzystaniu z usług opiekuńczych w postaci usług sąsiedzkich oferowanych w ramach Programu.
2. Program jest finansowany ze środków pochodzących z dotacji celowej budżetu państwa w zakresie realizacji przez gminy zadania własnego, określonego w art. 17 ust. 2 pkt 2a ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 901, z późn. zm.), tj. organizowanie i świadczenie usług opiekuńczych w formie usług sąsiedzkich, zwanej dalej „ustawą o pomocy społecznej”. Sposób realizacji określony jest w art. 50 ust. 6, 6a i 6b ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, która określa szczegółowe warunki przyznawania usług sąsiedzkich, wymiar i zakres usług sąsiedzkich oraz sposób rozliczania wykonywania takich usług.
3. Program w zakresie usług opiekuńczych w postaci usług sąsiedzkich realizowany jest przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kaliszu.
4. Okres realizacji Programu: od 01.05.2024 roku - do 31.12.2024 roku.
5. Niniejszy Regulamin dostępny jest na stronie internetowej : www.mops-kalisz.pl.
6. Udział w Programie jest bezpłatny, co oznacza, że od Odbiorców wsparcia nie pobiera się żadnych opłat z tytułu ich udziału w Programie ani z tytułu korzystania ze świadczeń oferowanych w ramach Programu.

§2. Definicje

1. Program o nazwie „Korpus Wsparcia Seniorów” - celem programu jest zapewnienie usługi wsparcia na rzecz seniorów w wieku 60 lat i więcej przez świadczenie usług opiekuńczych w postaci usług sąsiedzkich w celu wsparcia procesu deinstytucjonalizacji pomocy społecznej.
2. Miasto – Miasto Kalisz,
3. Biuro Programu: siedziba Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kaliszu, ul. Graniczna 1, pokój 109.
4. Kandydat – osoba, która zgłosiła chęć udziału w formach wsparcia oferowanych w Programie,
5. Odbiorca wsparcia – osoba zakwalifikowana w procesie rekrutacji do udziału w Programie, która otrzymała decyzję administracyjną dot. realizacji usług opiekuńczych w postaci usług sąsiedzkich.
6. Regulamin – niniejszy Regulamin rekrutacji i udziału w Programie
7. Osoby Niesamodzielne – osoby, które ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymagają opieki lub wsparcia w wykonywaniu co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego,
8. Opiekun – osoba uprawniona do kontaktowania się z Realizatorem w imieniu Odbiorcy Wsparcia, wskazana w formularzu zgłoszeniowym,
9. Formularz zgłoszeniowy udziału w Programie – formularz składany podczas procesu rekrutacji przez Kandydatów do Programu, dalej zwany Formularzem
10. Usługi opiekuńcze w postaci usług sąsiedzkich - pomoc w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych, podstawową opiekę higieniczno-pielęgnacyjną, przez którą należy rozumieć formy wsparcia niewymagające specjalistycznej wiedzy i kompetencji, oraz, w miarę potrzeb i możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem,
11. Wykonawca - Osoba wykonująca usługi opiekuńcze w postaci usług sąsiedzkich na rzecz otrzymującego wsparcie – osoba wskazana w formularzu zgłoszeniowym.

§3. Oświadczenia Kandydata

1. Kandydat w związku z przystąpieniem do Programu oświadcza, iż:
 - 1.1. wyraża wolę uczestnictwa w Programie;
 - 1.2. zna, rozumie i spełnia wszystkie kryteria uczestnictwa uprawniające do udziału w Programie, o których mowa w Regulaminie;
 - 1.3. został poinformowany o źródłach finansowania Programu,
 - 1.4. przystępując do Programu wyraża zgodę na przetwarzanie jego danych osobowych wskazanych w formularzu zgłoszeniowym,
 - 1.5. jest świadomy odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

2. Kandydat oświadcza, że zapoznał się z Regulaminem oraz pozostałymi dokumentami dotyczącymi udziału we wsparciu oferowanym w ramach Programu, rozumie i akceptuje wszystkie ich postanowienia oraz zobowiązuje się do ich stosowania.

§4. Odbiorcy wsparcia

1. Program realizowany na terenie Miasta przewiduje udzielenie wsparcia w ramach Programu dla 10 osób – Odbiorców wsparcia.
2. Odbiorcą wsparcia mogą zostać Osoby Niesamodzielne, które spełniają łącznie kryteria warunkujące udział w Programie.
3. **Kryteria warunkujące udział w Programie to (kryteria te muszą zostać spełnione łącznie):**
 - 3.1. zamieszkiwanie na terenie administracyjnym Miasta - weryfikacja spełnienia tego kryterium następuje na podstawie oświadczenia Kandydata zawartego w Formularzu;
 - 3.2. status Osoby Niesamodzielnej - weryfikacja spełnienia tego kryterium następuje na podstawie oświadczenia Kandydata zawartego w Formularzu;
 - 3.3. wiek powyżej 60 roku życia - weryfikacja spełnienia tego kryterium następuje na podstawie oświadczenia Kandydata zawartego w Formularzu oraz daty urodzenia Kandydata.
4. **Kryteria premiujące:**
 - 4.1. prowadzenie gospodarstwa jednoosobowego lub wspólnie z drugą osobą wymagającą wsparcia ze względu na stan zdrowia- weryfikacja spełnienia tego kryterium następuje na podstawie oświadczenia Kandydata zawartego w Formularzu;
 - 4.2. orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu znacznym - weryfikacja spełnienia tego kryterium następuje na podstawie oświadczenia Kandydata zawartego w Formularzu Kandydata.

§5. Formy Wsparcia

1. Wsparcie zostanie udzielone każdemu z Odbiorców wsparcia w postaci tzw. usług opiekuńczych w postaci usług sąsiedzkich, obejmującej pomoc w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych, podstawową opiekę higieniczno-pielęgnacyjną, przez którą należy rozumieć formy wsparcia niewymagające specjalistycznej wiedzy i kompetencji, oraz, w miarę potrzeb i możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem.
2. Osoby wskazane do realizacji usług opiekuńczych w postaci usług sąsiedzkich muszą spełniać następujące kryteria:
 - 1) jest osobą pełnoletnią;
 - 2) nie jest członkiem rodziny osoby, na rzecz której są świadczone usługi sąsiedzkie;
 - 3) nie jest oddzielnie zamieszkującym małżonkiem, wstępnym ani zstępnym osoby, na rzecz której są świadczone usługi sąsiedzkie;
 - 4) złożyła organizatorowi usług sąsiedzkich oświadczenie o zdolności pod względem psychofizycznym do świadczenia takich usług;
 - 5) zamieszkuje w najbliższej okolicy osoby, na rzecz której są świadczone usługi sąsiedzkie;
 - 6) ukończyła szkolenie z zakresu udzielania pierwszej pomocy;
 - 7) została zaakceptowana przez osobę, na rzecz której są świadczone usługi sąsiedzkie;
 - 8) została zaakceptowana przez organizatora usług sąsiedzkich.

§6. Przebieg rekrutacji

1. Rekrutacja będzie prowadzona w siedzibie Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kaliszu.
2. Rekrutacja będzie prowadzona w sposób ciągły, w tym:
 - pierwszy etap rekrutacji nastąpi w miesiącu maju i obejmować będzie spotkanie grupy roboczej Programu, na która składają się: Dyrektor MOPS, koordynator programu, kierownicy sekcji pracy socjalnej oraz kierownik sekcji działu pomocy środowiskowej. Grupa robocza zweryfikuje dotychczasowe zgłoszenia telefoniczne i zdecyduje o przyznaniu 10 osobom najbardziej potrzebującym wsparcia - usług opiekuńczych w postaci usług sąsiedzkich.
 - drugi etap rekrutacji odbywa się na bieżąco – formularze zgłoszeniowe wraz z orzeczeniem o niepełnosprawności należy składać do Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kaliszu ul. Graniczna 1, pokój 109.
3. Osoby, które, mimo spełniania kryteriów udziału w Programie nie zostały wybrane do przyznania wsparcia w ramach pierwszej edycji rekrutacji zostaną umieszczone na liście rezerwowej.

4. Osoby z listy rezerwowej ponownie biorą udział w procesie rekrutacji na bieżąco w przypadku nagromadzenia oszczędności w projekcie.
5. Rekrutacja będzie odbywać się z uwzględnieniem zasady równości szans poprzez premiowanie osób zagrożonych ubóstwem, samotnych, z niepełnosprawnościami, w wysokim stopniu niesamodzielnych.
6. Poprawny proces rekrutacji obejmuje:
 - 6.1. złożenie formularza zgłoszeniowego, kserokopii orzeczenia o niepełnosprawności oraz klauzuli RODO w siedzibie MOPS Kalisz ul. Graniczna 1 pokój 109.
 - 6.2. weryfikacji dokumentów pod kątem spełniania kryteriów warunkujących udział w Programie.
 - 6.3. na bieżąco: ocena i utworzenie listy dostępnej dla osób które zgłosiły się do Programu po kontakcie z koordynatorem.
 - 6.4. otrzymanie decyzji administracyjnej dot. przyznanego wsparcia.

§7. Podpisanie umowy cywilnoprawnej z Wykonawcą usługi opiekuńcze w postaci usług sąsiedzkich

1. Podpisanie umowy cywilnoprawnej z osobą wykonującą usługi opiekuńcze w postaci usług sąsiedzkich na rzecz Odbiorcy wsparcia następuje po wydaniu decyzji administracyjnej dot. przyznaniu usług opiekuńczych w postaci usług sąsiedzkich Odbiorcy wsparcia.
2. Osoba wykonująca usługę zobowiązana jest do posiadania certyfikatu/dyplomu ukończenia podstawowego kursu pierwszej pomocy. Jeżeli nie posiada takiego dokumentu MOPS w Kaliszu zapewni udział w kursie pierwszej pomocy, który Wykonawca zobowiązany jest ukończyć.
3. Inne istotne obowiązki Wykonawcy zawiera inny dokument - umowa zlecenia.

§8. Korzystanie ze wsparcia

1. Odbiorca wsparcia zobowiązany jest do korzystania ze wsparcia przez okres i zgodnie z zapisami decyzji administracyjnej, jednak nie więcej niż 20 godzin zegarowych w miesiącu od maja do grudnia 2024 roku.

§9. Przetwarzanie danych osobowych

1. Realizatorzy Programu wskazują, że dane osobowe Odbiorców Wsparcia, Opiekunów i Wykonawców będą przetwarzane przez Miasto Kalisz/ Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kaliszu 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, dalej RODO).
2. Dane osobowe mogą zostać przekazane Wojewodzie Wielkopolskiemu, jako Organowi kontrolującemu realizację Programu.
3. W kwestiach związanych z przetwarzaniem danych osobowych Odbiorca Wsparcia, Opiekun i Wykonawca mogą skontaktować się z inspektorami ochrony danych osobowych działającymi u Administratora danych. Kontakt - IODO w Mieście: sekretariat@mops-kalisz.pl pod nr tel. 62 757 45 10 bądź pisemnie na adres Miasta z dopiskiem: „do inspektora ochrony danych”.
4. Dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji Programu i udzielenia wsparcia na rzecz Odbiorców wsparcia. zgodnie z zasadami określonymi w Regulaminie.
5. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych są następujące przepisy RODO: art. 6 ust. 1 lit. b (przeprowadzenie rekrutacji w celu zawarcia umowy wsparcia oraz wykonywanie umowy wsparcia), lit. c (realizacja obowiązków prawnych ciążących na administratorze danych), lit. e (niezbędność przetwarzania dla wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym) lub/i lit. h (niezbędność przetwarzania do realizacji celów profilaktyki zdrowotnej).
6. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres prawem przewidziany, jak również zgodnie z obowiązkami administratora w zakresie wymaganego okresu przechowywania dokumentacji, w tym dokumentacji finansowej związanej z realizacją Programu. W odrębnych terminach mogą być przetwarzane dane osobowe związane z realizacją ochrony roszczeń i ich przedawnieniem.
7. Odbiorca Wsparcia, Opiekun Faktyczny i Wykonawca mają – każdy z nich – prawo do: dostępu swoich danych osobowych, ich sprostowania, żądania usunięcia lub ograniczenia przetwarzania w sytuacjach prawem przewidzianych, do wniesienia sprzeciwu, do przenoszenia danych.
8. W razie uznania, że dane osobowe nie są przetwarzane w sposób prawidłowy, osoba, której dane dotyczą ma prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

9. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz zarazem konieczne aby osoba, której dane dotyczą mogła wziąć udział w Programie.
10. Dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu przetwarzaniu danych, jak również nie będą przekazywane do państw trzecich.

§10. Postanowienia końcowe

1. Ostateczna interpretacja niniejszego Regulaminu należy do Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kaliszu i jest wiążąca dla Kandydatów, Odbiorców wsparcia, Wykonawców.
2. Miasto zastrzega sobie prawo do zmian w Regulaminie o czym zobowiązana jest poinformować o zmianach za pośrednictwem strony internetowej wskazanej w § 1 niniejszego Regulaminu.
3. W sprawach nieuregulowanych niniejszym Regulaminem wszelkie decyzje podejmuje Miasto według własnego uznania.

Załączniki:

Załącznik nr 1 – formularz zgłoszeniowy

Załącznik nr 2 – RODO

Wypełnia osoba upoważniona przez Realizatora Programu	Potwierdzenie złożenia wniosku (data wpływu)		Podpis osoby przyjmującej wniosek	
-------------------------------------------------------	----------------------------------------------	--	-----------------------------------	--

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UDZIAŁU W PROGRAMIE

Pn. „Korpus Wsparcia Seniorów” – usługi sąsiedzkie

I CZĘŚĆ-DANE UCZESTNIKA

I CZĘŚĆ – DANE UCZESTNIKA (PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)	IMIĘ I NAZWISKO		DATA URODZENIA	
	PESEL		TELEFON KONTAKTOWY	
	ADRES ZAMIESZKANIA			
Jeśli dotyczy – imię, nazwisko oraz nr telefonu do osoby uprawnionej do kontaktu w Pani/Pana imieniu				

II CZĘŚĆ – WARUNKI UDZIAŁU**Proszę zaznaczyć X jeśli Pan/Pani spełnia poniższe kryteria.**

12. Mieszkam na terenie Miasta Kalisza.
13. Jestem osobą niesamodzielną, co oznacza, że ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymagam opieki lub wsparcia w wykonywaniu przynajmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego (np. przygotowywanie i spożywanie posiłków, poruszanie się, wychodzenie z domu, ubieranie i rozbieranie, higiena osobista, kontrolowanie czynności fizjologicznych).
14. Jestem osobą powyżej 60 roku życia, liczonego w dniach, na dzień złożenia niniejszego formularza.
15. Jestem osobą z niepełnosprawnością, posiadającą odpowiednie orzeczenie lekarskie w tym zakresie - znaczne*/ umiarkowane*/ lekkie* (*zaznacz właściwe).
16. Jestem osobą samotną, żyjącą w ramach jednoosobowego gospodarstwa domowego lub mieszkam z drugą osobą, która również wymaga wsparcia ze względu na stan zdrowia.
17. Jestem osobą chorą, mój stan zdrowia wymaga wsparcia osób trzecich.

Jako osobę wykonującą usługi opiekuńcze w postaci usług sąsiedzkich wskazuję:

Imię i nazwisko osoby wskazanej	
Numer tel. osoby wskazanej	

III CZĘŚĆ- OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że:

1. Wyrażam zgodę na udział w Programie, rozumiem jego cel i deklaruję chęć uczestnictwa w nim.
- §2. Zapoznałam/zapoznałem się z Regulaminem rekrutacji i udziału wraz z załącznikami, rozumiem i akceptuję jego zapisy i zobowiązuję się do jego przestrzegania.
3. Spełniam kryteria, o których mowa w Regulaminie, uprawniające mnie do udziału w ww. Programie.
4. Zapoznałam się/zapoznałem się z załączoną poniżej klauzulą informacyjną odnoszącą się do przetwarzania moich danych osobowych i wyrażam zgodę na jej postanowienia.

.....
(data i podpis osoby składającej oświadczenie)

KLAUZULA INFORMACYJNA 1/2
MIEJSKIEGO OŚRODKA POMOCY SPOŁECZNEJ W KALISZU

W związku z rozpoczęciem stosowania z dniem 25 maja 2018 r. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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, dalej: RODO) informujemy, iż na podstawie art. 13 RODO od dnia 25 maja 2018 r. będą Pani/Panu przysługiwały określone poniżej prawa związane z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kaliszu (dalej: MOPS w Kaliszu).

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Dyrektor Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kaliszu z siedzibą przy ul. Obywatelskiej 4, 62-800 Kalisz, (nr tel.: +48 (62) 757 45 10), adres e-mail: sekretariat@mops-kalisz.pl
2. W MOPS w Kaliszu wyznaczony został Inspektor Ochrony Danych, z którym można skontaktować się pod numerem telefonu: +48 (62) 757 45 10 lub +48 506 162 166 lub adresem e-mail: sekretariat@mops-kalisz.pl
3. MOPS w Kaliszu może przetwarzać Pani/Pana dane osobowe w celu:
 - umożliwienia interesariuszom realizacji uprawnień i obowiązków wymaganych przepisami powszechnie obowiązującego prawa,
 - realizacji projektów i programów współfinansowanych ze środków zewnętrznych,
 - zapewnienie możliwości realizacji zadań wynikających z zapisów statutu Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kaliszu,
 - zapewnienia bezpieczeństwa osób, mienia i informacji w MOPS w Kaliszu poprzez monitoring z zachowaniem prywatności i godności osób,
 - dostarczania do organizacji nowych zasobów materialnych, usług i praw,
 - obsługi procesów rekrutacji i zatrudnienia.
4. W związku z przetwarzaniem danych w celach wskazanych w pkt 3, Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być tylko podmioty uprawnione do odbioru Pani/Pana danych, w uzasadnionych przypadkach i na podstawie odpowiednich przepisów prawa, w tym również w ramach realizacji programu i projektów współfinansowanych ze środków zewnętrznych (np. monitorowania, audytu, kontroli prawidłowości realizowanych programów/projektów).
5. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane na podstawie przepisów prawa, przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania wskazanych w pkt 3, lecz nie krócej niż przez okres wskazany w przepisach o archiwizacji.
6. W związku z przetwarzaniem przez MOPS w Kaliszu, Pani/Pana danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo do:
 - dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 RODO z zastrzeżeniem, że udostępniane dane osobowe nie mogą ujawniać informacji niejawnych, ani naruszać tajemnic prawnie chronionych, do których zachowania zobowiązany jest Dyrektor MOPS w Kaliszu;
 - sprostowania danych, na podstawie art. 16 RODO;
 - ograniczenia przetwarzania danych, na podstawie art. 18 RODO;
7. W przypadku uznania, iż przetwarzanie przez MOPS w Kaliszu Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO, przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

KLAUZULA INFORMACYJNA 2/2
MIEJSKIEGO OŚRODKA POMOCY SPOŁECZNEJ W KALISZU
OBIEKT MONITOROWANY

Zgodnie z art. 13 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) informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Dyrektor Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kaliszu z siedzibą przy ul. Granicznej 1, 62-800 Kalisz, (nr tel.: +48 (62) 757 45 10), adres e-mail: sekretariat@mops-kalisz.pl
2. W MOPS w Kaliszu wyznaczony został Inspektor Ochrony Danych, z którym można skontaktować się pod numerem telefonu: +48 (62) 757 45 10 lub +48 506 162 147 lub adresem e-mail: sekretariat@mops-kalisz.pl
3. Monitoring służy zabezpieczeniu osób, mienia i informacji znajdujących się na terenie monitorowanym (podst. prawna art. 22² kodeksu pracy Dz.U.2018 917 z dnia 2018.05.16)
4. Nagrania z monitoringu wizyjnego przechowywane są przez okres maksymalnie siedmiu dni, a następnie automatycznie kasowane.
5. Nagrania obrazu zawierające Pani/Pana dane osobowe przetwarza się wyłącznie do celów, dla których zostały zebrane.
6. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być wyłącznie podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z Klauzulą informacyjną Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kaliszu.

.....

(data, czytelny podpis)

Regulamin rekrutacji i udziału w Programie „Korpus Wsparcia Seniorów” w zakresie usługi Teleopieki

§1. Informacje ogólne

1. Regulamin rekrutacji i udziału w Programie „Korpus Wsparcia Seniorów” określa warunki rekrutacji kandydatów do Programu i ich udziału w korzystaniu z usług wsparcia tzw. Teleopieki oferowanych w ramach Programu.
2. Program jest finansowany ze środków pochodzących z dotacji celowej budżetu państwa w zakresie realizacji przez gminy zadania własnego, określonego w art. 17 ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2021 r. poz. 2268, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o pomocy społecznej”, tj. podejmowania innych zadań z zakresu pomocy społecznej wynikających z rozeznaczonych potrzeb gminy, w tym tworzenie i realizacja programów osłonowych.
3. Program w zakresie Teleopieki jest realizowany na podstawie umowy zawartej pomiędzy Miastem Kalisz a HRP Care Sp. z o.o. z siedzibą w Łodzi (KRS 0000456376) jako dostawcą usługi oraz umowy uczestnictwa w Programie zawartej pomiędzy Miastem a Odbiorcą Wsparcia.
4. Okres realizacji Programu: od 01.01.2024 roku - do 31.12.2024 roku.
5. Niniejszy Regulamin dostępny jest na stronie internetowej : www.mops-kalisz.pl
6. Udział w Programie jest bezpłatny, co oznacza, że od Odbiorców wsparcia nie pobiera się żadnych opłat z tytułu ich udziału w Programie ani z tytułu korzystania ze świadczeń oferowanych w ramach Programu.

§2. Definicje

1. Program o nazwie „Korpus Wsparcia Seniorów” - celem programu jest zapewnienie usługi wsparcia na rzecz seniorów w wieku 60 lat i więcej przez świadczenie usług wynikających z rozeznaczonych potrzeb na terenie danej gminy, wpisujących się we wskazane w programie obszary oraz poprawa poczucia bezpieczeństwa oraz możliwości samodzielnego funkcjonowania w miejscu zamieszkania osób starszych przez dostęp do tzw. „opieki na odległość”.
2. Miasto – Miasto Kalisz,
3. Biuro Programu: siedziba Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kaliszu, ul. Graniczna 1,
4. Kandydat – osoba, która zgłosiła chęć udziału w formach wsparcia oferowanych w Programie,
5. Odbiorca wsparcia – osoba zakwalifikowana w procesie rekrutacji do udziału w Programie, która podpisała z Realizatorem Programu umowę dotyczącą udziału w Programie oraz inne dokumenty wymagane w Programie
6. Regulamin – niniejszy Regulamin rekrutacji i udziału w Programie
7. Osoby Niesamodzielne – osoby, które ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymagają opieki lub wsparcia w wykonywaniu co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego,
8. Opiekun Faktyczny – osoba uprawniona do reprezentowania Odbiorcy Wsparcia, w tym do uzyskiwania informacji na temat Odbiorcy Wsparcia poprzez system Teleopieki na podstawie upoważnienia, według wzoru stanowiącego załącznik do Regulaminu
9. Formularz zgłoszeniowy udziału w Programie – formularz składany podczas procesu rekrutacji przez Kandydatów do Programu, dalej zwany Formularzem
10. Teleopaska – urządzenie elektroniczne, zakładane na nadgarstek wyposażone w kartę SIM i kabel zasilający, z możliwością połączenia głosowego z Centrum Teleopieki, pozwalające na monitorowanie funkcji życiowych (m.in. puls i saturacja), wyposażone m.in. w przycisk SOS (alarmowy) oraz lokalizacji jej użytkownika. Urządzenie umożliwia kontakt z ratownictwem medycznym w przypadku potrzebnej pomocy 24 godziny/dobę w sytuacji nagłego pogorszenia samopoczucia, czy zachorowania. Po naciśnięciu przycisku SOS Teleopaska łączy się z pracownikiem Centrum Teleopieki, który udziela adekwatnej do sytuacji oraz możliwości pomocy w tym m.in. informuje osoby wskazane przez Odbiorcę wsparcia do kontaktu o potrzebie udzielenia pomocy lub/ i wzywa służby ratunkowe.

§3. Oświadczenia Kandydata

1. Kandydat w związku z przystąpieniem do Programu oświadcza, iż:
 - 1.1. wyraża wolę uczestnictwa w Programie;
 - 1.2. zna, rozumie i spełnia wszystkie kryteria uczestnictwa uprawniające do udziału w Programie, o których mowa w Regulaminie;
 - 1.3. został poinformowany o źródłach finansowania Programu,
 - 1.4. przystępując do Programu wyraża zgodę na przetwarzanie jego danych osobowych wskazanych w formularzu rekrutacyjnym, jest świadomy zakresu i celu przetwarzania jego danych osobowych zgodnie z Regulaminem (§11) oraz iż podanie danych osobowych jest niezbędne aby mógł wziąć udział w Programie;
 - 1.5. jest świadomy odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
-

2. Kandydat oświadcza, że zapoznał się z Regulaminem oraz pozostałymi dokumentami dotyczącymi udziału we wsparciu oferowanym w ramach Programu, rozumie i akceptuje wszystkie ich postanowienia oraz zobowiązuje się do ich stosowania.
3. Kandydat oświadcza, że:
 - 3.1. w jego miejscu zamieszkania stale dostępny jest sygnał telefonii komórkowej;
 - 3.2. nie ma żadnych przeszkód technicznych, które uniemożliwiłyby lub utrudniały świadczenie usług teleopiekuńczych na jego rzecz;
 - 3.3. nie ma żadnych przeciwwskazań medycznych do korzystania przez niego z usług teleopiekuńczych;
 - 3.4. rozumie zakres i zasady świadczenia usługi teleopiekuńczej.

§4. Odbiorcy wsparcia

1. Program realizowany na terenie Miasta przewiduje udzielenie wsparcia w ramach Programu dla 121 osób – Odbiorców wsparcia, w tym 111 osobom, które otrzymały opaski dostępne dzięki programowi pn. „Korpus Wsparcia Seniorów – edycja 2022” oraz 10 osobom, dla których zakup opasek monitorujących nastąpił w ramach programu pn. „Korpus Wsparcia Seniorów – edycja 2023”.
2. Odbiorcą wsparcia mogą zostać Osoby Niesamodzielne, które spełniają łącznie kryteria warunkujące udział w Programie.
3. **Kryteria warunkujące udział w Programie to (kryteria te muszą zostać spełnione łącznie):**
 - 3.1. zamieszkiwanie na terenie administracyjnym Miasta - weryfikacja spełnienia tego kryterium następuje na podstawie oświadczenia Kandydata zawartego w Formularzu;
 - 3.2. status Osoby Niesamodzielnej - weryfikacja spełnienia tego kryterium następuje na podstawie oświadczenia Kandydata zawartego w Formularzu;
 - 3.3. wiek powyżej 65 roku życia - weryfikacja spełnienia tego kryterium następuje na podstawie oświadczenia Kandydata zawartego w Formularzu oraz daty urodzenia Kandydata.
4. **Kryteria premiujące:**
 - 4.1. prowadzenie gospodarstwa jednoosobowego (10 pkt) - weryfikacja spełnienia tego kryterium następuje na podstawie oświadczenia Kandydata zawartego w Formularzu;
 - 4.2. wiek 70+ (10 pkt) - weryfikacja spełnienia tego kryterium następuje na podstawie daty urodzenia Kandydata;
 - 4.3. orzeczenie o niepełnosprawności – (10 pkt) - weryfikacja spełnienia tego kryterium następuje na podstawie oświadczenia Kandydata zawartego w Formularzu Kandydata.

§5. Formy Wsparcia

1. Wsparcie zostanie udzielone każdemu z Odbiorców wsparcia w postaci tzw. usługi Teleopieki, obejmującej:
 - 1.1. Udostępnienie Teleopaski
 - 1.2. Dostęp do systemu informatycznego Teleopieki
 - 1.3. Opiekę Centrum Teleopieki: Centrum Teleopieki działa 24 godziny na dobę przez 7 dni w tygodniu, monitorując zdarzenia dotyczące Odbiorców wsparcia, w tym aktywności SOS, alerty dotyczące monitorowanych parametrów i podstępujących zgodnie z przyjętymi procedurami alarmowymi.
2. Każdy z Odbiorców wsparcia zostanie przeszkolony w zakresie korzystania z Teleopaski i form wsparcia objętych Programem.
3. Przekazanie Teleopaski oraz przeszkolenie w zakresie korzystania z Teleopaski stwierdzone zostanie w protokole zdawczo-odbiorczym.

§6. Przebieg rekrutacji

1. Rekrutacja będzie prowadzona w siedzibie Miasta - MOPS Kalisz, na terenie którego znajduje się miejsce zamieszkania Kandydata.
 2. Rekrutacja będzie prowadzona w sposób ciągły, tak aby dostępne opaski monitorujące były przekazywane kolejnym chętnym osobom. Miasto w porozumieniu z HRP Care Sp. z o.o. może postanowić o przedłużeniu okresu rekrutacji lub o jego skróceniu ze względu na udzielenie wsparcia maksymalnej liczbie Odbiorców.
 3. Rekrutacja może być prowadzona w jednej edycji bądź w kilku edycjach.
 4. Osoby, które, mimo spełniania kryteriów warunkujących udział w Programie (wskazanych w par. 4 ust. 3), nie zostały wybrane do przyznania wsparcia w ramach danej edycji rekrutacji zostają umieszczone na liście rezerwowej.
 5. Osoby z listy rezerwowej ponownie biorą udział w procesie rekrutacji w kolejnej edycji. Ponownie są poddawane ocenie i szeregowane w liście rankingowej.
 6. Rekrutacja będzie odbywać się z uwzględnieniem zasady równości szans poprzez premiowanie osób zagrożonych ubóstwem, samotnych, z niepełnosprawnościami, w wysokim stopniu niesamodzielnych.
 7. Rekrutacja będzie składała się z następujących Etapów:
 - 7.1. ETAP I – złożenie dokumentów w siedzibie Miasta – MOPS Kalisz
-

- 7.2. ETAP II – weryfikacja dokumentów pod kątem spełniania kryteriów warunkujących udział w Programie oraz kryteriów premiujących.
- 7.3. ETAP III – ocena i utworzenie listy rankingowej oraz listy rezerwowej, bądź bieżące przekazywanie dostępnych opasek monitorujących osobom, które zgłosiły się do programu.
- 7.4. ETAP IV - podpisanie umów uczestnictwa pomiędzy Miastem - MOPS Kalisz a Odbiorcą wsparcia.

§7. Składanie dokumentacji

ETAP I: złożenie dokumentów w siedzibie MOPS Kalisz

Złożenie formularza zgłoszeniowego udziału w Programie (Załącznik nr 1) następuje w formie papierowej. Odbierający (upoważniony przedstawiciel Miasta) potwierdza na formularzu datę i godzinę złożenia formularza.

§8. Weryfikacja dokumentacji

ETAP II: weryfikacja dokumentów pod kątem kryteriów warunkujących udział w Programie oraz kryteriów premiujących

1. Weryfikacja Formularza obejmuje ocenę spełnienia kryteriów warunkujących udział w Programie.
2. Łączne spełnienie wszystkich kryteriów warunkujących udział w Programie (wskazanych w par. 4 ust. 3), jest obligatoryjne.
3. Ocena spełniania kryteriów warunkujących udział w Programie następuje na zasadzie: spełnia/ nie spełnia.
4. W przypadku niespełnienia łącznie wszystkich kryteriów warunkujących udział w Programie, Formularz zostanie odrzucony i nie będzie podlegał dalszej ocenie.
5. Formularze, które spełniają wszystkie kryteria warunkujące udział w Programie zostaną zweryfikowane pod względem kryteriów premiujących (wskazanych w par. 4 ust. 4),.
6. Spełnienie kryteriów premiujących nie jest obligatoryjne jednak w przypadku ich spełnienia Kandydat otrzymuje za nie dodatkowe punkty.
7. Maksymalna liczba dodatkowych punktów do uzyskania za kryteria premiujące to 30.

§9. Ocena i listy rankingowe

ETAP III: ocena i utworzenie listy rankingowej oraz listy rezerwowej

1. Listy rankingowe zostają sporządzone na podstawie protokołu z uzasadnieniem zakwalifikowania Kandydata lub jego odmowy zakwalifikowania. W przypadku rekrutacji ciągłej-uzupełniającej Kandydat informowany jest o dostępności opaski monitorującej i możliwości podpisania umowy.
2. Wyniki rekrutacji obejmującej wszystkich Kandydatów sporządzone zostaną w formie listy na podstawie uzyskanej punktacji (od największej do najmniejszej liczby punktów).
3. O zakwalifikowaniu Kandydata do udziału w Programie decyduje liczba przyznanych punktów ogółem. Kandydaci, którzy otrzymali wyższą liczbę punktów mają pierwszeństwo przed osobami, które otrzymały niższą liczbę punktów.
4. W sytuacji, gdy Kandydaci otrzymają taką samą liczbę punktów o ostatecznym zakwalifikowaniu Kandydata do udziału we wsparciu decyduje data założenia formularza rekrutacyjnego (pierwszeństwo mają Kandydaci, którzy wcześniej złożyli formularz rekrutacyjny).
5. Kandydaci zakwalifikowani do udziału w Programie są zobowiązani do podpisania umowy uczestnictwa z Miastem (Załącznik nr 2) oraz dostarczenia we wskazanym przez Miasto terminie wszystkich niezbędnych załączników i dokumentów do podpisania umowy. Podpisanie umowy następuje w siedzibie MOPS Kalisz.
6. Kandydaci, którzy pozytywnie przeszli proces rekrutacji, ale nie zakwalifikowali się do udziału w Programie, zostaną umieszczeni na liście rezerwowej.
7. W przypadku rezygnacji, zgonu bądź utraty statusu osoby niesamodzielnej przez Kandydata, który zakwalifikował się do udziału w Programie w jego miejsce przyjmowany będzie Kandydat z listy rezerwowej, z rekrutacji ciągłej-uzupełniającej.
8. Kandydaci zostaną poinformowani o wynikach rekrutacji zgodnie z preferowaną formą kontaktu podaną w formularzu rekrutacyjnym.
9. Kandydatom nie przysługuje odwołanie od decyzji Miasta na żadnym etapie rekrutacji.

§10. Podpisanie umowy uczestnictwa

ETAP IV: podpisanie umów uczestnictwa

1. Wzór umowy uczestnictwa stanowi Załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu.
 2. Umowa musi zostać podpisana przez Odbiorcę wsparcia niezwłocznie po kontakcie Organizatora. W przypadku braku możliwości samodzielnego (własnoręcznego) podpisania umowy przez Odbiorcę wsparcia umowa może zostać podpisana przez Opiekuna faktycznego (który składa oświadczenie o sprawowaniu opieki pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń – Załącznik nr 3), przy czym fakt braku możliwości samodzielnego (własnoręcznego) podpisania umowy przez Odbiorcę wsparcia powinien zostać wykazany stosownymi dokumentami.
 3. Umowa podpisywana jest osobą upoważnioną do reprezentowania Miasta na mocy stosownego pełnomocnictwa.
-

- Po podpisaniu umowy, Odbiorca wsparcia lub Opiekun Faktyczny zostanie przeszkolony ze sposobu użytkowania Teleopaski oraz otrzyma Teleopaskę, co zostanie potwierdzone na podstawie oświadczenia.

§11.Korzystanie ze wsparcia

ETAP V: korzystanie ze wsparcia

- Odbiorca wsparcia zobowiązany jest do korzystania ze wsparcia przez okres i zgodnie z zasadami przewidzianymi w umowie uczestnictwa, która stanowi Załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu.

§12.Przetwarzanie danych osobowych

- Realizatorzy Programu wskazują, że dane osobowe Odbiorców Wsparcia oraz Opiekunów Faktycznych będą przetwarzane przez Miasto i HRP Care Sp. z o.o. 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, dalej RODO).
- Współadministratorami danych osobowych są: Miasto oraz HRP Care Sp. z o.o. z siedzibą w Łodzi (90-349) przy ul. Tymienieckiego 19A, KRS: 0000456376.
- W kwestiach związanych z przetwarzaniem danych osobowych Odbiorca Wsparcia i Opiekun Faktyczny może skontaktować się z inspektorami ochrony danych osobowych działającymi u Administratorów danych. Kontakt możliwy jest w formie mailowej na adres:
 - ODO w Mieście: sekretariat@mops-kalisz.pl pod nr tel. 62 757 45 10 bądź pisemnie na adres Miasta z dopiskiem: „do inspektora ochrony danych”.
 - ODO w HRP Care Sp. z o.o.: inspektor.ryter@op.pl, pod nr tel. 600 499 192, bądź pisemnie na adres podany w pkt. 2 z dopiskiem: „do inspektora ochrony danych”.
- Dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji Programu i udzielenia wsparcia na rzecz Odbiorców wsparcia. zgodnie z zasadami określonymi w Regulaminie i w umowie uczestnictwa.
- Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych są następujące przepisy RODO: art. 6 ust. 1 lit. b (przeprowadzenie rekrutacji w celu zawarcia umowy wsparcia oraz wykonywanie umowy wsparcia), lit. c (realizacja obowiązków prawnych ciążących na administratorze danych), lit. e (niezbędność przetwarzania dla wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym) lub/i lit. h (niezbędność przetwarzania do realizacji celów profilaktyki zdrowotnej).
- Odbiorcami danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa, w tym podmioty z którymi Miasto i HRP Care Sp. z o.o. współpracują przy realizacji Programu.
- Dane osobowe będą przetwarzane przez okres prawem przewidziany, jak również zgodnie z obowiązkami administratora w zakresie wymaganego okresu przechowywania dokumentacji, w tym dokumentacji finansowej związanej z realizacją Programu. W odrębnych terminach mogą być przetwarzane dane osobowe związane z realizacją ochrony roszczeń i ich przedawnieniem.
- Odbiorca Wsparcia i Opiekun Faktyczny mają – każdy z nich – prawo do: dostępu swoich danych osobowych, ich sprostowania, żądania usunięcia lub ograniczenia przetwarzania w sytuacjach prawem przewidzianych, do wniesienia sprzeciwu, do przenoszenia danych.
- W razie uznania, że dane osobowe nie są przetwarzane w sposób prawidłowy, osoba, której dane dotyczą ma prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- Podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz zarazem konieczne aby osoba, której dane dotyczą mogła wziąć udział w Programie.
- Dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu przetwarzaniu danych, jak również nie będą przekazywane do państw trzecich.

§13.Postanowienia końcowe

- Ostateczna interpretacja niniejszego Regulaminu należy do Miasta i jest wiążąca dla Kandydatów i Odbiorców wsparcia.
- Miasto zastrzega sobie prawo do zmian w Regulaminie o czym zobowiązana jest poinformować o zmianach za pośrednictwem strony internetowej wskazanej w § 1 niniejszego Regulaminu.
- W sprawach nieuregulowanych niniejszym Regulaminem wszelkie decyzje podejmuje Miasto według własnego uznania.

Załączniki:

Załącznik nr 1 – formularz rekrutacyjny.

Załącznik nr 2 – oświadczenie odbiorcy wsparcia.

Wypełnia osoba upoważniona przez Realizatora Programu	Potwierdzenie złożenia wniosku (data wpływu)		Podpis osoby przyjmującej wniosek	
-------------------------------------------------------	----------------------------------------------	--	-----------------------------------	--

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UDZIAŁU W PROGRAMIE
Pn. „ Korpus Wsparcia Seniorów”**

I CZĘŚĆ-DANE UCZESTNIKA

I CZĘŚĆ – DANE UCZESTNIKA (PROSZE WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)	IMIĘ I NAZWISKO		DATA URODZENIA	
	PESEL		TELEFON KONTAKTOWY 2	
	TELEFON KONTAKTOWY 2		E-MAIL (jeśli posiadasz)	
	ADRES DO KORESPONDENCJI			

II CZĘŚĆ – MINIMALNE WARUNKI UDZIAŁU

Proszę zaznaczyć X jeśli Pan/Pani spełnia poniższe kryteria.

Aby zakwalifikować się do udziału w projekcie **MUSI** PAN/PANI SPEŁNIAĆ ŁĄCZNIE PONIŻSZE KRYTERIA WŁĄCZENIA:

- Mieszkam na terenie Miasta Kalisza
- Jestem osobą niesamodzielną, co oznacza, że ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymagam opieki lub wsparcia w wykonywaniu przynajmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego (np. przygotowywanie i spożywanie posiłków, poruszanie się, wychodzenie z domu, ubieranie i rozbieranie, higiena osobista, kontrolowanie czynności fizjologicznych).
- Jestem osobą powyżej 65 roku życia, liczonego w dniach, na dzień złożenia niniejszego formularza

III CZĘŚĆ – PREFERENCYJNE WARUNKI UDZIAŁU

- Jestem osobą z niepełnosprawnością, posiadającą odpowiednie orzeczenie lekarskie w tym zakresie
- Jestem osobą samotną, żyjącą w ramach jednoosobowego gospodarstwa domowego
- Jestem osobą powyżej 70 roku życia, liczonego w dniach, na dzień złożenia niniejszego formularza

IV CZĘŚĆ- OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że:

1. Wyrażam zgodę na udział w Programie, rozumiem jego cel i deklaruję chęć uczestnictwa w nim;
2. Zapoznałam/zapoznałem się z Regulaminem rekrutacji i udziału wraz z załącznikami, rozumiem i akceptuję jego zapisy i zobowiązuję się do jego przestrzegania;
3. Spełniam kryteria kwalifikowalności, o których mowa w Regulaminie, uprawniające mnie do udziału w ww. Programie.
4. Zapoznałam się/zapoznałem się z załączoną poniżej klauzulą informacyjną odnoszącą się do przetwarzania moich danych osobowych i wyrażam zgodę na jej postanowienia.

.....
(data i podpis osoby składającej oświadczenie)

V CZĘŚĆ – DODATKOWE INFORMACJE O UDZIALE W PROGRAMIE

Wzrost.....

Masa ciała.....

Standardowe ciśnienie skurczowe.....

Standardowe ciśnienie rozkurczowe.....

I CZĘŚĆ – CHOROBY KANDYDATA		II CZĘŚĆ – AKTUALNIE PRZYJMOWANE LEKI	

OŚWIADCZENIE ODBIORCY WSPARCIA

W związku z przystąpieniem do Programu pn. „**Korpus Wsparcia Seniorów**” – usługa **Teleopieki** oświadczam, że wyrażam zgodę na kontakt ze mną ze strony Centrum Teleopieki w razie zgłoszenia przeze mnie nagłego pogorszenia samopoczucia lub zachowania za pośrednictwem Teleopaski zgodnie z warunkami zawartej przeze mnie umowy uczestnictwa.

Kontakt ze mną może nastąpić pod numerem telefonu:

.....

Kontakt ze mną może być także realizowany w formie e-mail: TAK/NIE (proszę właściwie zakreślić)

adres e-mail:

Jednocześnie wyrażam zgodę na przekazywanie informacji o stanie mojego zdrowia oraz samopoczucia, w tym na kontaktowanie się ze strony Centrum Teleopieki ze wskazanym przeze mnie Opiekunem we wszystkich sprawach związanych ze zgłoszeniem przeze mnie – za pośrednictwem Teleopaski – nagłego pogorszenia samopoczucia lub zachowania i przekazywania Opiekunowi wszelkich danych o moim stanie zdrowia:

imię i nazwisko Opiekuna:

adres Opiekuna:

nr telefonu Opiekuna:

e-mail Opiekuna (opcjonalnie):

.....

.....

.....

MIEJSCOWOŚĆ I DATA

CZYTELNY PODPIS ODBIORCY WSPARCIA