

Wypełnia osoba upoważniona przez Realizatora Programu	Potwierdzenie złożenia wniosku (data wpływu)		Podpis osoby przyjmującej wnioski		NUMER IMEI OPASKI:
--	--	--	-----------------------------------	--	--------------------

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
Świadczenie usługi Teleopieki w związku z realizacją modułu II Programu MRiPS
„Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2023

Szanowna Pani/Szanowny Panie,

Administratorem Pani/Pana danych osobowych oraz danych osobowych Pani/Pana opiekuna (jeśli został wskazany) jest HRP Care sp. z o. o. z siedzibą w Łodzi (90-349) przy ul. Tymienieckiego 19A.

Szczegółowe informacje na temat przetwarzania danych osobowych dostępne są w załączniku nr 3 oraz załączniku nr 4 do formularza.

Wypełnienie i przekazanie niniejszego formularza w zakresie danych dotyczących Pani/Pana imienia i nazwiska oraz danych kontaktowych jest niezbędne w celu właściwej realizacji usług wsparcia przez Centrum Teleopieki (dane osobowe niezbędne).

I CZĘŚĆ- DANE OSOBOWE NIEZBĘDNE

I CZĘŚĆ – DANE UCZESTNIKA (PROSZE WYPEŁNIĆ DRUKOWANYM I LITERAMI)	IMIĘ I NAZWISKO		PESEL	
	TELEFON KONTAKTOWY UŻYTKOWNIKA		E-MAIL użytkownika	
	ADRES STAŁEGO POBYTU UŻYTKOWNIKA			

W związku z przystąpieniem do projektu realizowanego w ramach świadczenia usługi Teleopieki oświadczam, że wyrażam dobrowolnie i świadomie zgodę na kontakt ze mną ze strony Centrum Teleopieki w razie zgłoszenia przeze mnie nagłego pogorszenia zdrowia za pośrednictwem Teleopaski zgodnie z warunkami zawartej przeze mnie umowy uczestnictwa.

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis

II CZĘŚĆ- OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że:

1. Wyrażam zgodę na realizację usługi Teleopieki, rozumiem jej cel i deklaruję chęć objęcia mnie niniejszą usługą;
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 realizacji niniejszej usługi

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

III CZĘŚĆ – DANE OSOBOWE DOBROWOLNE

Na obecnym etapie podanie przez Panią/Pana danych o stanie zdrowia jest dobrowolne, przy czym podanie tych danych może pomóc podnieść jakość realizowanych na Pani/Pana rzecz usług przez Centrum Teleopieki (dane osobowe podawane dobrowolnie).

Wzrost.....
Masa ciała.....
Standardowe ciśnienie skurczowe.....
Standardowe ciśnienie rozkurczowe.....

<p>I CZĘŚĆ – CHOROBY KANDYDATA <i>Obok proszę wpisać np. zdiagnozowane, przebyte i aktualne choroby, stopień niepełnosprawno ści, informacje o wszczepionych urządzeniach medycznych, inne informacje, które uzna Pani/Pan za istotne</i></p>		<p>II CZĘŚĆ – AKTUALNIE PRZYJMOWANE LEKI <i>Obok proszę wpisać, jakie przyjmuje Pani/Pan leki zarówno na receptę, jak i bez recepty</i></p>	
--	--	--	--

INFORMACJE DODATKOWE

(np. szczególne warunki mieszkaniowe, informacje kto posiada klucze do mieszkania w sytuacji nagłej)

.....
miejscowość, data

.....
czytelny podpis

IV CZĘŚĆ - OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA WSPARCIA W ZAKRESIE UDOSTĘPNIENIA DANYCH O STANIE ZDROWIA PRZEZ TELECENTRUM SWOJEMU OPIEKUNOWI (DLA KAŻDEGO OPIEKUNA OSOBNO)

Wyrażam zgodę na przekazywanie wszelkich informacji o stanie mojego zdrowia i samopoczucia oraz na kontaktowanie się ze strony Telecentrum ze wskazanym przeze mnie Opiekunem we wszystkich sprawach związanych ze zgłoszeniem przeze mnie nagłego pogorszenia zdrowia za pośrednictwem Teleopaski.

NAZWISKO I IMIĘ OPIEKUNA	
NUMER TELEFONU OPIEKUNA	
ADRES E-MAIL OPIEKUNA (potrzebny do założenia aplikacji)	

NAZWISKO I IMIĘ OPIEKUNA	
NUMER TELEFONU OPIEKUNA	
ADRES E-MAIL OPIEKUNA (potrzebny do założenia aplikacji)	

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis

V. CZĘŚĆ - OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA WSPARCIA O WYRAŻENIU ZGODY NA OTRZYMYWANIE INFORMACJI O NOWYCH PROGRAMACH

- Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulami informacyjnymi stanowiącymi załącznik nr 3 i załącznik nr 4 do Formularza zgłoszeniowego.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez HRP Care sp. z o. o. w celach związanych z oferowaniem mi wzięcia udziału w nowych programach wsparcia Seniorów oraz innych podobnych działaniach
- Wyrażam zgodę na przesyłanie przez HRP Care sp. z o. o. informacji, o których mowa powyżej środkami komunikacji elektronicznej i/lub telefonicznie
- Wyrażam zgodę na otrzymywanie telefonicznych połączeń przychodzących i inicjowanych przez HRP Care Sp. z o. o. w w/w celach na numery wskazane w formularzu zgłoszeniowym

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis