

.....
miejsowość i data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Wzór*

Imię i nazwisko

PESEL

Niniejszym zaświadczam, że ww. jest osobą potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, która ze względu na wiek/stan zdrowia/niepełnosprawność** wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożliwością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.

.....
podpis i pieczęć lekarza

* dopuszcza się złożenie zaświadczenia na innym druku pod warunkiem zachowania tożsamyh zapisów

** **niepotrzebne skreślić**

ANKIETA REKRUTACYJNA

Szanowni Państwo,

W związku z ubieganiem się o objęcie usługami świadczonymi stacjonarnie w Dziennym Domu Pomocy dla Osób Starszych w Jaśle prosimy o wypełnienie poniższej ankiety.

Informacje wypełniane przez MOPS:	
Data i godzina przyjęcia ankiety:	
Numer ankiety:/..... Numer kolejny/rok/
Podpis pracownika MOPS	

Dane podstawowe:	<i>Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o objęcie usługami świadczonymi stacjonarnie w Dziennym Domu Pomocy dla Osób Starszych:</i>
	<i>Data urodzenia:</i>
	<i>PESEL:</i>
Dane teleadresowe/ miejsce zamieszkania:	<i>Ulica:</i>
	<i>Nr domu/lokalu:</i>
	<i>Kod pocztowy, miejscowość:</i>
	<i>Województwo:</i>
	<i>Telefon kontaktowy:</i>
	<i>Adres poczty elektronicznej:</i>
Informacje o Kandydacie/ Kandydatce	Jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Posiadam orzeczenie o umiarkowanym lub znacznym stopniu niepełnosprawności lub równoważne: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną¹ : <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Jestem osobą samotnie zamieszkującą: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

¹ Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną – osoba, u której stwierdzono występowanie dwóch lub więcej rodzajów niepełnosprawności

	<p>Mój dochód przekracza 200 % właściwego kryterium dochodowego, o którym mowa w ustawie o pomocy społecznej:</p> <p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p>
--	--

Oświadczam, iż:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie i wykorzystywanie moich danych osobowych na potrzeby rekrutacji. Administratorem moich danych osobowych jest **Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Jaśle**, zwany dalej: „Administratorem”. Kontakt do Administratora: tel. **13 446 43 28**, e-mail: mopsjaslo@mopsjaslo.pl. Kontakt do **Inspektora Ochrony Danych: iod@mopsjaslo.pl**. Podstawą prawną przetwarzania moich danych są przesłanki RODO z art. 6 pkt. 1 lit. a. Pełna klauzula informacyjna dostępna na stronie internetowej www.mopsjaslo.pl w zakładce ochrona danych osobowych.

Upředzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, oświadczam, że wyżej wymienione dane są zgodne z prawdą.

Jaśło, dnia

.....

/Czytelny podpis/

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany/a (imię i nazwisko),
zamieszkały/aPESEL:.....
oświadczam, że zamieszkuję na terenie miasta Jasła w województwie podkarpackim.*

.....
(data)

.....
(podpis)

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany/a (imię i nazwisko),
zamieszkały/aPESEL:.....
oświadczam, że ukończyłem/am 60 rok życia.*

.....
(data)

.....
(podpis)

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany/a (*imię i nazwisko*),
zamieszkały/aPESEL:.....
oświadczam, że mój dochód przekracza/nie przekracza* 200 % właściwego kryterium dochodowego, o
którym mowa w art. 8 ustawy o pomocy społecznej .**

.....
(data)

.....
(podpis)

*niewłaściwe skreślić

**Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą na podstawie art. 233 KK

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany/a (*imię i nazwisko*),
zamieszkały/aPESEL:.....
oświadczam, że zamieszkuję samotnie/zamieszkuję wspólnie z rodziną*.

.....
(data)

.....
(podpis)

*niewłaściwe skreślić

**Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą na podstawie art. 233 KK

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE WIZERUNKU

Wyrażam/nie wyrażam* zgodę/y na nieodpłatne utrwalanie i przetwarzanie mojego wizerunku w celach promocyjnych i informacyjnych związanych z funkcjonowaniem Dziennego Domu Pomocy dla Osób Starszych w Jaśle.

.....

(miejscowość, data)

.....

(czytelny podpis)

Oświadczam i przyjmuję do wiadomości, że wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego wizerunku w celu dokumentowania działalności Domu oraz na potrzeby informacji o placówce i promocji placówki, a także na nieodpłatne wykorzystanie tego wizerunku w całości lub fragmentów na: stronie internetowej Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Jaśle, na innych stronach internetowych, w szczególności portalach społecznościowych (m.in. Facebook) oraz serwisach internetowych (m.in. You tube), stronach internetowych Urzędu Miasta Jasła, w prasie, telewizji, drukowanych materiałach promocyjnych, ulotkach, plakatach, folderach, tablicach ściennych, na organizowanych wydarzeniach oraz imprezach publicznych zgodnie z **ustawą z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz.U. z 2019 poz.1231)**

.....

(miejscowość, data)

.....

(czytelny podpis)**

INFORMACJA :

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Jaśle**, zwany dalej: „Administratorem”. Kontakt do Administratora: tel. **13 446 43 28**, e-mail: mopsjaslo@mopsjaslo.pl. **Kontakt do Inspektora Ochrony Danych: iod@mopsjaslo.pl**.
2. Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych są przesłanki RODO z art. 6 pkt. 1 lit. a.
3. Ma Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu promocji Dziennego Domu Pomocy dla Osób Starszych i **nie będą udostępniane podmiotom innym, niż uprawnione na podstawie przepisów prawa.**
5. Podanie danych osobowych jest dobrowolne.
6. Pani/Pana dane będą przechowywane **nie dłużej niż jest to konieczne zgodnie z kategorią archiwalną prowadzonych spraw.**

* niewłaściwe skreślić

** dotyczy tylko osób, które wyraziły zgodę na utrwalanie i przetwarzanie wizerunku

7. Administrator **nie przekazuje Pani/Pana danych do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowych.**
8. Ma Pani/Pan prawo żądać od Administratora dostępu do swoich danych, ich sprostowania, przenoszenia i usunięcia, a także prawo do ograniczenia przetwarzania danych lub do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania jeżeli nie jest to ograniczone poprzez inne przepisy prawne.
9. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przez Administratora przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.
10. W oparciu o Pani/Pana dane osobowe Administrator nie będzie podejmował wobec Pani/Pana zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

Jasło dnia

.....

(podpis)