

**KWESTIONARIUSZ  
KWALIFIKACYJNY  
CENTRUM WSPARCIA  
OPIEKUNÓW****Kwestionariusz prosimy wypełniać CZYTELNIE !!!**

Numer zgłoszenia: .....

Data wpływu formularza:

**I. DANE UCZESTNIKA****1. DANE OSOBOWE / DANE KONTAKTOWE OPIEKUNA NIEFORMALNEGO**

Imię (imiona):

Nazwisko:

Data i miejsce  
urodzenia:

|  |  |  |   |  |  |   |  |  |  |  |  |
|--|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|--|
|  |  |  | - |  |  | - |  |  |  |  |  |
|--|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|--|

PESEL:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                     |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------------------------------|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> brak PESEL |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------------------------------|

Wiek:

Telefony komórkowy:

Telefon  
stacjonarny:

E-mail:

Płeć (zaznaczyć  
właściwy „X”):☐ Kobieta☐ Mężczyzna**2. Miejsce zamieszkania<sup>1</sup>**Ulica<sup>2</sup>:

Nr domu:

Nr lokalu:

Kod pocztowy:

Miejscowość:

Województwo:

Gmina:

Powiat:

Kraj:

Obszar zamieszkania  
(zaznaczyć właściwy „X”):☐ obszar miejski☐ obszar wiejskiOświadczam, że  
zamieszkuję (w rozumieniu  
Kodeksu Cywilnego) na  
terenie (zaznaczyć właściwy  
„X”):☐ pow. tarnowski<sup>1</sup> Zgodnie z Kodeksem cywilnym Art. 25. miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.<sup>2</sup> W przypadku braku ulicy wpisać miejscowość



|                                                                                      |                     |                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------|
| <b>3. ADRES DO KORESPONDENCJI</b> (wypełnić jeśli jest inny niż miejsczamieszkania): |                     |                     |
| <b>Ulica:</b>                                                                        | <b>Nr domu:</b>     | <b>Nr lokalu:</b>   |
| <b>Kod pocztowy:</b>                                                                 | <b>Miejscowość:</b> | <b>Województwo:</b> |
| <b>Gmina:</b>                                                                        | <b>Powiat:</b>      | <b>Kraj:</b>        |

  

|                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <b>4. PODSTAWOWE KRYTERIA UDZIAŁU W PROJEKCIE</b><br>(należy zaznaczyć właściwe pola „X”)                                                                                                                                                              |                                                           |
| <b>Oświadczam, że jestem:</b>                                                                                                                                                                                                                          |                                                           |
| <b>Jestem opiekunem osoby niesamodzielnej</b> – tj. osobą pełnoletnią opiekującą się osobą niesamodzielną, niebędącą opiekunem zawodowym i niepobierającą wynagrodzenia z tytułu opieki nad osobą niesamodzielną (najczęściej członek rodziny)         | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| <b>Jestem osobą niesamodzielną</b> – tj. osobą, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowej czynności dnia codziennego | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| <b>moje miejsce zamieszkania</b> znajduje się na terenie gminy Wierzchosławice                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| <b>miejsce zamieszkania</b> mojego podopiecznego (osoby niesamodzielnej) znajduje się na terenie gminy Wierzchosławice                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| <b>Jestem osobą niepełnosprawną w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2019r., poz. 1172) na podstawie orzeczenia lekarskiego nr: .....</b>           | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |

**II. OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisany/a:.....

Oświadczam, że wyrażam wolę spotkania z pracownikiem CWO w celu pozyskania dodatkowych informacji o głównych celach realizowanego projektu.

Wierzchosławice, dn. ....  
(data).....  
(czytelny podpis Uczestnika)



**INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH  
w procesie rekrutacji uczestników zgłaszających się do Centrum Wsparcia Opiekunów w Gminnym  
Ośrodku Pomocy Społecznej w  
Wierzchosławicach**

Na podstawie art. 29 Rozporządzenie 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) , Ustawy o Ochronie Danych Osobowych z dnia 10 maja 2018 roku,

oświadczam, że zostałem poinformowany, że :

- 1.** Administratorem danych osobowych jest Kierownik Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Wierzchosławicach , 33-122 Wierzchosławice 550
- 2.** Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych. Bezpośredni kontakt w sprawie danych osobowych możliwy jest telefonicznie pod numerem: 14631 90 60 iod lub listownie na adres administratora danych osobowych.
- 3.** Podstawę przetwarzania danych stanowi wyrażona zgoda (art. 6 ust. 1 lit. a RODO). Odmowa podania danych bądź cofnięcie zgody oznacza brak możliwości wzięcia udziału w programie, którego dotyczy rekrutacja.
- 4.** Dane przetwarzane będą wyłącznie w celu rekrutacji uczestników do projektu.
- 5.** Dane przetwarzane będą do momentu zakończenia rekrutacji do projektu, o czym administrator zawiadomi przez umieszczenie informacji w swojej siedzibie i inny sposób zwyczajowo przyjęty.
- 6.** Odbiorcami danych osobowych będą osoby zatrudnione przez administratora oraz Gminę Wierzchosławice – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Wierzchosławicach zaangażowane w obsługę projektu.
- 7.** W każdej chwili przysługuje Panu/Pani prawo żądania dostępu do swoich danych osobowych, sprostowania ich, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, przeniesienia danych do podmiotu trzeciego oraz prawo do sprzeciwu wobec przetwarzania danych
- 8.** W razie naruszeń po stronie administratora danych, może Pan/Pani wnieść skargę do organu nadzoru, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa). Dane podane przy zawarciu umowy nie będą wykorzystywane do profilowania. Po zapoznaniu się z powyższą informacją oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu rekrutacji uczestników do Centrum Wsparcia Opiekunów , 33-122 Wierzchosławice 550.

Uprzedzona(-y) o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenia prawdy niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszym kwestionariuszu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.

Wierzchosławice, dnia.....

.....  
(czytelny podpis Uczestnika)