


FORMULARZ REKRUTACYJNY DO SĄSIEDZKICH USŁUG OPIEKUŃCZYCH:

Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź umieszczając „X” w danej kratce, bądź wpisać wymagane informacje:

A. Dane Kandydata/ki sąsiedzkich usług opiekuńczych (miejsce zamieszkania należy uzupełnić zgodnie z Kodeksem Cywilnym):

Imię i nazwisko:		Płeć:	<input type="checkbox"/> - mężczyzna <input type="checkbox"/> - kobieta		
Adres zamieszkania, ulica:		Nr budynku:		Nr lokalu:	
Miejscowość:		Kod pocztowy:			
Gmina:		Powiat:			
Województwo:		Tel. stacjonarny:			
Adres poczty elektronicznej (e-mail):		Tel. kontaktowy:			
Adres do kontaktu i korespondencji - należy uzupełnić wówczas, gdy jest inny niż adres zamieszkania:					
Adres, ulica:		Nr domu:		Nr lokalu:	
Kod pocztowy:		Miejscowość:			
Gmina:		Powiat:		Województwo:	
Dodatkowe informacje - niepełnosprawność:					
	<input type="checkbox"/> - jestem osobą niepełnosprawną - jeśli zaznaczono, wówczas należy wskazać dodatkowe potrzeby związane z oczekiwaniami na etapie rekrutacji i podczas realizacji Sąsiedzkich Usług opiekuńczych wynikające z posiadanej niepełnosprawności- należy podać jakie:				
<hr/>					
<hr/>					
<hr/>					
<hr/>					

B. Status Kandydata/ki w kontekście spełniania formalnych wymagań do sąsiedzkich usług opiekuńczych:

<p>Data urodzenia/Wiek:</p>	<p>Data urodzenia: _____, Wiek: _____,</p> <p>UWAGA - w celu weryfikacji kryterium wieku Kandydat/ka (lub jego/jej przedstawiciel) zobligowany/zobligowana będzie do przedłożenia (do wglądu) pracownikowi socjalnemu dokumentu tożsamości - z tego działania pracownik sporządzi protokół okazania, który stanowić będzie załącznik do dokumentacji rekrutacyjnej - czynności tej należy dokonać w Gminnym Ośrodku Pomocy społecznej w Świlczy (w uzasadnionych przypadkach pracownik socjalny dokona weryfikacji w miejscu wskazanym przez Kandydata/ki)</p>
<p>Kwalifikowanie się do grupy osób o statusie osoby samotnej i/lub samotnie gospodarującej i/lub w rodzinie, która nie może zapewnić odpowiedniej pomocy (stosownie do zapisów określonych w §2 - punkt 2 - podpunkt „b” Regulaminu)</p>	<p>Osoba:</p> <p><input type="checkbox"/> - samotna w rozumieniu art. 6 pkt 9 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, która jest pozbawiona takiej pomocy mimo wykorzystania własnych uprawnień, zasobów i możliwości i/lub</p> <p><input type="checkbox"/> - samotnie gospodarujący/ą w rozumieniu art. 6 pkt 10 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, gdy wspólnie niezamieszkujący małżonek, wstępni, zstępni nie mogą takiej pomocy zapewnić, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości i/lub</p> <p><input type="checkbox"/> - w rodzinie, gdy rodzina nie może, z uzasadnionej przyczyny, zapewnić odpowiedniej pomocy, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości</p> <p>UWAGA - w celu weryfikacji tego kryterium, należy złożyć oświadczenie, którego wzór stanowi załącznik nr 2 do Regulaminu</p>
<p>Zamieszkanie:</p>	<p><input type="checkbox"/> gmina Świlcza</p> <p>UWAGA - w celu weryfikacji kryterium zamieszkania na terenie gminy Świlcza, należy złożyć oświadczenie, którego wzór stanowi załącznik nr 2 do Regulaminu</p>
<p>Niemожność samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego</p>	<p><input type="checkbox"/> - osoba, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego, m.in.: spożywanie posiłków, poruszanie się, wchodzenie i schodzenie po schodach, siadanie, ubieranie i rozbieranie się, utrzymanie higieny osobistej, korzystanie z toalety, kontrolowanie czynności fizjologicznych (niniejsze wskazanie nie jest katalogiem zamkniętym i Kandydat/ka może wymagać opieki lub wsparcia w związku z niemożnością wykonywania innej czynności)</p> <p>UWAGA - w celu weryfikacji tego kryterium należy załączyć zaświadczenie lekarskie - Organizator rekomenduje, aby zaświadczenie lekarskie przedstawione było na wzorze udostępnionym w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Świlczy (dokument ten można odnaleźć na Stronie Internetowej)</p>

C. Ankieta - codzienne funkcjonowanie - analiza (ocena) Kandydata/ki zakresu niesamodzielnosci, występujących dysfunkcji, zdolności do samoobsługi w zaspokajaniu podstawowych potrzeb, funkcjonowaniu w środowisku:

Badanie zakresu niesamodzielnosci - którą czynność wykonuje Pan/i samodzielnie, a którą z pomocą innych osób (należy udzielić wszystkich odpowiedzi, wybierając pomiędzy odpowiednim kolumnami):	Czynność	Wykonuje samodzielnie	Wykonuje z pomocą
	spożywanie posiłków	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	poruszanie się	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	wchodzenie i schodzenie po schodach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	siadanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ubieranie i rozbieranie się	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	utrzymanie higieny osobistej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	korzystanie z toalety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	kontrolowanie czynności fizjologicznych		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jakiego rodzaju dysfunkcje nie pozwalają Panu/i w wykonywaniu codziennych czynności (należy udzielić wszystkich odpowiedzi, wybierając pomiędzy odpowiednim kolumnami):	Dysfunkcja: Kończyna:	Brak dysfunkcji	Brak kończyny lub całkowity paraliż	Niedowład lub skurcze lub odrętwienia
	ręka prawa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ręka lewa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	noga prawa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	noga lewa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dysfunkcja: Narząd:	Brak dysfunkcji	Pełne (niedowidzenie/niedosłuch)	Częściowe (niedowidzenie/niedosłuch)
	widzenie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	słuch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funkcjonowanie w środowisku (można wybrać więcej niż jedna odpowiedź):	Posiadane dysfunkcje powodują/sprawiają, że: <input type="checkbox"/> - wstydę się i/lub nie chcę spotykać się/rozmawiać z członkami mojej rodziny, <input type="checkbox"/> - wstydę się i/lub nie chcę spotykać się/rozmawiać ze znajomymi/przyjaciółmi, <input type="checkbox"/> - nie organizuje żadnych uroczystości/wydarzeń w miejscu zamieszkania (np. imieniny, urodziny, obchodzenie świąt, itp.), w których udział mogliby wziąć członkowie rodziny/znajomi/przyjaciele, <input type="checkbox"/> - nie wychodzę poza teren mojego miejsca zamieszkania, tj. dom, ogród, posesja, <input type="checkbox"/> - nie uczestniczę w uroczystościach/wydarzeniach poza miejscem zamieszkania, które organizowane są przez inne osoby/podmioty, np. obchody świąt/jubileuszy/spotkania środowiskowe, etc., <input type="checkbox"/> - żadne z powyższych.			

D. Ankieta - sytuacja rodzinna - określenie wpływu sytuacji rodzinnej na poziom codziennego funkcjonowania, tj. analiza domowników/członków rodziny i ich możliwości w zakresie wspierania Kandydata/ki:

Jaka jest Pana/i sytuacja rodzinna/struktura gospodarstwa domowego (należy wybrać tylko jedną odpowiedź):	Jestem: <input type="checkbox"/> - osobą samotną (bez rodziny), <input type="checkbox"/> - osobą samotnie gospodarującą - posiadam rodzinę wspólnie niezamieszującą - ale (należy wybrać tylko jedną odpowiedź): <input type="checkbox"/> - członkowie rodziny mnie nie odwiedzają w ogóle (nie odwiedzili mnie ani razu w ostatnich 2 latach) <input type="checkbox"/> - członkowie rodziny mnie odwiedzają sporadycznie (nie więcej niż 2 razy w roku), <input type="checkbox"/> - członkowie rodziny mnie odwiedzają rzadko (nie więcej niż 2 razy w miesiącu), <input type="checkbox"/> - członkowie rodziny mnie odwiedzają często (nie więcej niż 1 raz na tydzień), <input type="checkbox"/> - osobą zamieszującą z rodziną, ale (można wybrać więcej niż jedną odpowiedź): <input type="checkbox"/> - członkowie rodziny nie mogą mi pomagać ze względu na ich stan zdrowia/posiadane dysfunkcje/niepełnosprawność, <input type="checkbox"/> - członkowie rodziny nie mogą mi pomagać ze względu na obowiązki zawodowe, które na co dzień wykonują, <input type="checkbox"/> - żadne z powyższych.
---	--

Uprowadzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszej ankiecie (punkt C i D) są zgodne z prawdą.

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis Kandydata/ki - w przypadku, gdy Kandydat/ka z powodu posiadanej dysfunkcji nie jest w stanie złożyć podpis osobiście/samodzielnie, wówczas czytelny podpis składał/a opiekun/owie prawni/ni/ustawowy/wi/faktyczny/czni)

SĄSIEDZKIE USŁUGI OPIEKUŃCZE

1. Cele i podstawy prawne wykorzystania:

Cele	Uzasadnienie	Podstawa prawna
Przyznanie świadczeń niepieniężnych, o których mowa w art. 36 ust. 2 Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej; realizacja usług społecznych – sąsiedzkich usług opiekuńczych.	Realizujemy zadanie w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej	Art. 6 ust. 1 lit. e) RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO, w związku z przepisami ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006, Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470), rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1316/2013 z dnia 11 grudnia 2013 r. ustanawiającego instrument "Łącząc Europę", zmieniającego rozporządzenie (UE) nr 913/2010 oraz uchylającego rozporządzenie (WE) nr 680/2007 i (WE) nr 67/2010, Rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi, Ustawy o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020.

2. Skąd pochodzą dane osobowe: bezpośrednio od osoby, której dane dotyczą.

3. Kto otrzyma dane:

Odbiorcy	Dlaczego przekazujemy dane
Kancelarie adwokackie, radcowskie i doradztwa prawnego.	Dzięki temu możemy uzyskać pomoc prawną w przypadku problemów z obsługą wniosku lub wynikających z niego roszczeń.
Dostawcy bezpiecznych podpisów elektronicznych dla osób zatrudnionych.	Dzięki temu możemy uwiarygadniać dokumenty.
Dostawcy programów do elektronicznego zarządzania dokumentacją.	Dzięki temu możemy bezpiecznie przechowywać dokumentację w formie cyfrowej.
Operatorzy pocztowi.	Dzięki temu możliwa jest wymiana korespondencji w formie tradycyjnej.
Dostawcy poczty e-mail.	Dzięki temu możemy prowadzić korespondencję elektroniczną z osobami zatrudnionymi, instytucjami publicznymi oraz interesantami.

4. Okres przechowywania danych osobowych: dane zostaną usunięte po upływie okresu związanego z archiwizacją dokumentacji Projektu.: „Pomocny Sąsiad” - rozwój środowiskowych form pomocy w gminie Świlcza.

5. Państwa uprawnienia:

Uprawnienia	Na czym polegają	Jak skorzystać
Prawo dostępu do danych.	Dowiedz się czy dysponujemy Twoimi danymi osobowymi, jakie są to dane oraz w jaki sposób posługujemy się nimi. Uzyskaj kopię swoich danych osobowych. Dostępu do danych udzielamy w formie sprawozdania . Nie przekazujemy kopii zgromadzonej dokumentacji. Odmówimy dostępu do danych, jeżeli realizacja tego uprawnienia mogłaby naruszać prawa i wolności osób trzecich.	1. Złóż podanie. Dane kontaktowe znajdują się w punkcie 1. i 2. 2. Wskaż swoje dane identyfikacyjne. Może to być np. imię i nazwisko. 3. Wskaż swoje dane kontaktowe. Może to być np. adres poczty e-mail albo adres do korespondencji. 4. Określ swoje żądanie. W treści podania napisz, że składasz wniosek o dostęp do swoich danych osobowych.

Uprawnienia	Na czym polegają	Jak skorzystać
Prawo do sprostowania danych.	<p>Popraw nieprawidłowe informacje na swój temat. Zaktualizuj nieaktualne. Uzupełnij brakujące.</p> <p>Przed dokonaniem sprostowania będziemy sprawdzać prawdziwość podawanych przez Państwa danych osobowych. W tym celu poprosimy o okazanie odpowiedniego dokumentu lub wykonanie wskazanej czynności.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Złóż podanie. Dane kontaktowe znajdują się w punkcie 1. i 2. 2. Wskaż swoje dane identyfikacyjne. Może to być np. imię i nazwisko. 3. Wskaż swoje dane kontaktowe. Może to być np. adres poczty e-mail albo adres do korespondencji. 4. Określ swoje żądanie. W treści podania napisz, że składasz wniosek o sprostowanie swoich danych osobowych. 5. Wskaż dokładnie które informacje na swój temat uznajesz za błędne lub nieaktualne albo wskaż brakujące informacje.
Prawo do usunięcia danych.	<p>Poproś nas o skasowanie Twoich danych osobowych.</p> <p>Prawo do usunięcia danych przysługuje wyłącznie, gdy Twoje dane osobowe:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. nie są nam już potrzebne do osiągnięcia założonych celów albo 2. są wykorzystywane niezgodnie z prawem albo 3. w konkretnym przypadku istnieje prawny obowiązek ich usunięcia albo 4. wniosłeś sprzeciw, który rozpatrzyliśmy pozytywnie. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Złóż podanie. Dane kontaktowe znajdują się w punkcie 1. i 2. 2. Wskaż swoje dane identyfikacyjne. Może to być np. imię i nazwisko. 3. Wskaż swoje dane kontaktowe. Może to być np. adres poczty e-mail albo adres do korespondencji. 4. Wskaż dokładnie zakres danych osobowych, które mają zostać usunięte. Mogą to być poszczególne informacje albo wszystkie dane osobowe, zgromadzone w związku z udzieloną zgodą. 5. Uzasadnij swoje stanowisko. Pomoże nam to prawidłowo ocenić Twoje żądanie.
Prawo do ograniczenia przetwarzania.	<p>Poproś nas, abyśmy nie wykorzystywali więcej Twoich danych osobowych we wskazanym przez Ciebie celu.</p> <p>Prawo do ograniczenia przetwarzania przysługuje wyłącznie wówczas, gdy:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. kwestionujesz prawidłowość swoich danych albo 2. Twoje dane osobowe są wykorzystywane niezgodnie z prawem lecz sprzeciwiasz się usunięciu swoich danych albo 3. Twoje dane osobowe nie są nam już potrzebne lecz są one potrzebne Tobie do dochodzenia roszczeń lub obrony przed roszczeniami albo 4. wniosłeś sprzeciw – ograniczenie przetwarzania następuje do czasu rozpatrzenia sprzeciwu. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Złóż podanie. Dane kontaktowe znajdują się w punkcie 1. i 2. 2. Wskaż swoje dane identyfikacyjne. Może to być np. imię i nazwisko. 3. Wskaż swoje dane kontaktowe. Może to być np. adres poczty e-mail albo adres do korespondencji. 4. Wskaż dokładnie w jakim zakresie mamy ograniczyć korzystanie z Twoich danych osobowych. Możesz oznaczyć pojedyncze cele, dla realizacji których wykorzystujemy Twoje dane osobowe albo wszystkie. 5. Uzasadnij swoje stanowisko. Pomoże nam to prawidłowo ocenić Twoje żądanie.
Prawo do sprzeciwu.	<p>Zablokuj nam możliwość wykorzystywania Twoich danych osobowych Twoich danych osobowych na podstawie naszego uzasadnionego interesu prawnego.</p> <p>Z prawa do sprzeciwu można skorzystać w dowolnym momencie. Uznanie sprzeciwu skutkuje usunięciem danych osobowych, wykorzystywanych na podstawie uzasadnionego interesu prawnego. Sprzeciw uwzględnimy tylko w wyjątkowych przypadkach, z uwagi na Państwa szczególną sytuację. Proszę uzasadnić sprzeciw, aby zwiększyć szanse na jego uwzględnienie.</p> <p>Uzasadniając sprzeciw proszę dokładnie opisać na czym polega szczególny charakter sytuacji, w której się Państwo znajdujecie. W tym celu należy wyjaśnić czym różni się Państwa sytuacja od sytuacji innych osób, których dane osobowe wykorzystujemy w tych samych celach.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Złóż podanie. Dane kontaktowe znajdują się w punkcie 1. i 2. 2. Wskaż swoje dane identyfikacyjne. Może to być np. imię i nazwisko. 3. Wskaż swoje dane kontaktowe. Może to być np. adres poczty e-mail albo adres do korespondencji. 4. Wskaż dokładnie którym celom przetwarzania danych osobowych się sprzeciwiasz. 5. Uzasadnij swoje stanowisko, aby zwiększyć szanse na pozytywne rozpatrzenie sprzeciwu. Opisz na czym polega szczególny charakter sytuacji, w której się znajdujesz.
Prawo skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.	<p>Powiadom organ nadzorujący przestrzeganie przepisów o ochronie danych osobowych o naruszeniu prawa.</p>	<p>Skontaktuj się z Urzędem Ochrony Danych Osobowych.</p>

6. **Czy muszę podać dane:** Złożenie wniosku jest całkowicie dobrowolne, jednakże w przypadku jego złożenia podanie danych osobowych jest obowiązkowe.
7. **Konsekwencje odmowy:** Odmowa przyjęcia niekompletnego wniosku, opóźnienie postępowania albo odmowa przyznania świadczenia z uwagi na braki w danych lub informacjach wymaganych do przyznania lub określenia wysokości świadczenia. W przypadku niezłożenia wniosku oraz pozostałych przypadkach brak konsekwencji.
8. **Zautomatyzowane podejmowanie decyzji:** Nie podejmujemy decyzji w sposób zautomatyzowany. Wszelkie dotyczące Państwa decyzje podejmują ludzie – pracownicy odpowiedzialni za prowadzenie spraw opisanych w Polityce prywatności. Zautomatyzowane podejmowanie decyzji polega na prawomocnym rozstrzygnięciu spraw przez algorytm sztucznej inteligencji.
9. **Profilowanie:** Nie dokonujemy profilowania. Profilowanie to forma automatycznego wykorzystywania danych osobowych do oceny wybranych cech człowieka na podstawie zgromadzonych o nim informacji.

Uprowadzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.

(miejsowość i data)

(czytelny podpis Kandydata/ki - w przypadku, gdy Kandydat/ka z powodu posiadanej dysfunkcji nie jest w stanie złożyć podpis osobiście/samodzielnie, wówczas czytelny podpis składa/ją opiekun/owie prawny/ni/ustawowy/wi/faktyczny/czni)

Załączniki do formularza rekrutacyjnego (należy wskazać, co zostało dołączone do formularza rekrutacyjnego):
