

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Świadczenie usługi teleopieki

Szanowna Pani/Szanowny Panie,

Administratorem Pani/Pana danych osobowych oraz danych osobowych Opiekunów wskazanych do otrzymywania informacji o udzielanej Pani/Panu usłudze teleopieki (jeśli zostały wskazane) jest Konsorcjum HRP Care Sp. z o.o. oraz Senium Care Sp. z o.o. z siedzibą w Łodzi (90-348) przy ul. Kilińskiego 185 (dalej jako: „Administrator”). Pełna treść obowiązku informacyjnego znajduje się w przekazanej Pani/Panu Klauzuli informacyjnej dla Uczestnika programu oraz Klauzuli informacyjnej dla Opiekuna Uczestnika programu.

Wypełnienie i przekazanie niniejszego formularza w zakresie danych dotyczących Pani/Pana imienia i nazwiska oraz danych kontaktowych jest niezbędne w celu właściwej realizacji usługi wsparcia przez Centrum Teleopieki (dane osobowe niezbędne). Podanie przez Panią/Pana danych o stanie zdrowia jest dobrowolne, przy czym podanie tych danych może pomóc podnieść jakość realizowanej na Pani/Pana rzecz usługi przez Centrum Teleopieki.

I. OŚWIADCZENIA OBLIGATORYJNE

1. Oświadczam, że otrzymałam/em klauzule informacyjne w wersji papierowej i zostałam/em poinformowana/y o możliwości wycofania każdej z poniżej wyrażonych zgód kierując żądanie na adres e-mail: biuro@hrpcare.com.pl, nr tel. +48 533 044 521 lub listownie na adres siedziby Administratora. Oświadczam również, że zostałam/em poinformowana/y, iż obowiązek informacyjny zostanie dodatkowo zrealizowany na wskazane przeze mnie numery telefonów Uczestnika i Opiekunów, w terminie 14 dni od dnia podpisania Formularza zgłoszeniowego.
2. Oświadczam, że w związku ze wskazaniem przeze mnie danych kontaktowych do Opiekunów w Formularzu zgłoszeniowym, zobowiązuję się do przekazania Klauzuli Informacyjnej o przetwarzaniu danych osobowych Opiekunom oraz że Opiekunowie wyrazili zgodę na pełnienie tej funkcji, a ich dane wskazane w Formularzu są aktualne.
3. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na realizację usługi teleopieki, rozumiem cel usługi oraz deklaruję chęć objęcia mnie usługą teleopieki na zasadach określonych w umowie, która została zawarta pomiędzy mną, a gminą.
4. Oświadczam, iż w razie zgłoszenia przeze mnie nagłego pogorszenia zdrowia, wyrażam dobrowolnie i świadomie zgodę na kontakt ze mną ze strony Centrum Teleopieki za pośrednictwem opaski bezpieczeństwa, na zasadach określonych w umowie, która została zawarta pomiędzy mną, a gminą.
5. Wyrażam zgodę na przekazywanie wszelkich informacji o stanie mojego zdrowia i samopoczucia oraz na kontaktowanie się ze strony Centrum Teleopieki ze wskazanymi przeze mnie Opiekunami we wszystkich sprawach związanych ze zgłoszeniem przeze mnie nagłego pogorszenia zdrowia za pośrednictwem opaski bezpieczeństwa – można podać dane jednego lub dwóch Opiekunów.

.....

(data i podpis osoby składającej oświadczenie)

II. OŚWIADCZENIA DODATKOWE (zaznaczyć „X”)

- ☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Administratora w celach związanych z oferowaniem wzięcia udziału w nowych programach wsparcia Seniorów oraz innych podobnych działaniach środkami komunikacji elektronicznej i/lub telefonicznie.
- ☐ Wyrażam zgodę na otrzymywanie telefonicznych połączeń przychodzących i inicjowanych Administratora w ww. celach na numery wskazane w formularzu zgłoszeniowym.
- ☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w formularzu, bez konieczności ponownego ich zbierania, w celu kontynuacji przez Administratora świadczenia usługi teleopieki w związku moim przystąpieniem do programu realizowanego przez gminę. Powyższa zgoda obowiązuje w przypadku ponownego zakwalifikowania mnie do kolejnego programu w terminie 12 miesięcy od dnia zakończenia działań objętych programem, w ramach którego zebrano moje dane osobowe.
- ☐ Oświadczam, iż wyrażam zgodę, na nieodpłatne utrwalenie, jak również nieograniczone czasowo oraz terytorialnie, wykorzystanie mojego wizerunku utrwalonego, podczas realizacji zdjęć ze szkolenia z użytkowania opasek Novama Care. Niniejsza zgoda obejmuje następujące pola eksploatacji: wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych zdjęć oraz nagrań, obrót egzemplarzami, na których utrwalono wizerunek oraz na zwielokrotnianie wizerunku wszelkimi dostępnymi technikami i metodami, rozpowszechnianie oraz publikowanie w materiałach służących promocji ww. projektu, w szczególności w mediach (np. Internet, telewizja), w materiałach promocyjnych (m.in.: w prezentacjach, newsletterze, folderach etc.). Jednocześnie wyrażam zgodę na udostępnienie i przetwarzanie moich danych osobowych w celach związanych z wyrażeniem zgody na wykorzystanie mojego wizerunku w ww. zakresie.

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

WYPEŁNIA REALIZATOR PROGRAMU

[illegible]

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

--

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

					Numer lokalizacji:					
--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

[illegible]

--	--	--

--	--	--

--	--	--	--

[illegible][illegible][illegible][illegible]

--

Prosimy o wypełnienie dużymi, drukowanymi literami czarnym lub niebieskim kolorem
Prosimy odpowiedzieć na poniższe pytania wstawiając znak „X” w odpowiednią rubrykę

CHOROBY I INNE INFORMACJE ZDROWOTNE

☐ Nadciśnienie tętnicze	☐ Nadczynność tarczycy	☐ Choroba Parkinsona	☐ Niewydolność serca
☐ Cukrzyca typu 1	☐ Niedoczynność tarczycy	☐ Kamica nerkowa	☐ Choroba zwyrodnieniowa stawów
☐ Cukrzyca typu 2	☐ Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP)	☐ Jaskra	☐ Migotanie przedsionków
☐ Arytmia serca	☐ Dna moczanowa	☐ Miażdżyca	☐ Choroba wieńcowa
☐ Nerwica	☐ Dyskopatia	☐ Osteoporoza	☐ Reumatyzm
☐ Zaćma	☐ Zwyrodnienie kręgosłupa	☐ Niewydolność układu krążenia	☐ Demencja
☐ Niewydolność nerek	☐ Żylaki	☐ Hipercholesterolemia	☐ Depresja
☐ Przebyty zawał serca	☐ Przebyty udar mózgu	☐ Wszczepiony rozrusznik serca	☐ Choroba Alzheimera
☐ Niedostuch	☐ Niedowidzenie	☐ Nadwaga/otyłość	☐ Kamica żółciowa

Inne:

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

☐ Brak	☐ Lekki	☐ Umiarkowany	☐ Znaczny
-------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------

ALERGIE Jeśli występują u Pana/Pani jakieś alergie, prosimy wymienić, na co jest Pan/Pani uczulony/a

LEKI

☐ Acard	☐ Bibloc	☐ Nedal	☐ Kalipoz
☐ Bisocard	☐ Amlozek	☐ Zahron	☐ Nolpaza
☐ Insulina	☐ Toramide	☐ Aspargin	☐ Controloc
☐ Atoris	☐ Diuver	☐ Metocard	☐ Atrox
☐ Polocard	☐ Tulip	☐ Euthyrox	☐ Mesopral
☐ Kaldyum	☐ Betaserc	☐ Emanera	☐ Lacipil
☐ Spironol	☐ Vicebrol	☐ Neurovit	☐ Nonpres
☐ Polpril	☐ Doreta	☐ Romazic	☐ Telmizek
☐ Nebilet	☐ Milurit	☐ Primacor	☐ Espiro
☐ Roswera	☐ IPP	☐ Betaloc	☐ Forxiga

Inne:

Miejscowość, data:

Czytelny podpis: