

Dwikozy, dnia

**Kierownik
Ośrodka Pomocy Społecznej
w Dwikozach**

Oświadczenie

Ja niżej podpisana/y

Zamieszkała /y

1. Oświadczam, że zapoznałem / zapoznałam się z Regulaminem Organizacyjnym i Rekrutacji Dziennego Domu Senior+ w Dwikozach, zasadami bezpieczeństwa i higieny oraz zasadami sanitarnymi obowiązującymi w Domu i zobowiązuję się do przestrzegania powyższych postanowień pod rygorem skreślenia z listy Uczestników Domu.

.....
(podpis kandydata na uczestnika / jego przedstawiciela ustawoweg

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
do udziału w Dziennym Domu Senior+ w Dwikozach

DANE OSOBOWE KANDYDATKI/KANDYDATA DO UCZESTNICTWA W DZIENNYM DOMU SENIOR+	
imię (imiona) i nazwisko PESEL
data urodzenia	__ __ / __ __ / __ __ __ __ D D M M R R R R
numer telefonu	__ - __ - __ - __
ADRES ZAMIESZKANIA* (STAŁY)	
miejsowość	
ulica, nr domu i mieszkania	
OSOBA UPOWAŻNIONA DO KONTAKTU	
imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, numer telefonu	
DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO OSOBY UBEZWŁASNOWOLNIONEJ (JEŚLI DOTYCZY)	
imię (imiona) i nazwisko	
numer telefonu	__ - __ - __ - __

DODATKOWE INFORMACJE**1. Jestem osobą:**

- samodzielną
- wymagającą częściowej pomocy osób drugih

** Miejscem zamieszkania osoby fizycznej zgodnie z art. 25 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964r. – kodeks cywilny (T.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 2000 ze. zm.) jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.

- ubieranie się i rozbieranie
 - korzystanie z toalety
 - poruszanie się
 - samodzielne jedzenie
 - całkowicie niesamodzielną (wymagam pomocy osób drugih we wszystkich czynnościach)
- 2. Posiadam dochód:***
- nie posiadam dochodu
 - posiadam dochód miesięczny netto w wysokości (na jednego członka rodziny) zł.
- 3. Mam orzeczony stopień niepełnosprawności/grupę inwalidzką:**
- tak (jaki stopień/grupę?)
 - nie
- 4. Zamieszkuję:**
- samotnie, mam rodzinę zamieszkałą na terenie Gminy Dwikozy
 - samotnie, nie mam rodziny zamieszkałej na terenie Gminy Dwikozy
 - z rodziną (wpisz ilość osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym)
- 5. Na zajęcia będę przybywał/a we własnym zakresie:**
TAK
NIE

**ZAINTERESOWANIE ŚWIADCZONYMI USŁUGAMI
w Dziennym Domu Senior+ w Dwikozach
(można wybrać wiele propozycji)**

- 1. Udział w zorganizowanych zajęciach ruchowych, w tym:**
- zajęcia ruchowe o podłożu gimnastyki ogólnej
 - zajęcia usprawniająco-rehabilitacyjne
 - zajęcia sportowo-rekreacyjne
 - zajęcia taneczne
 - wycieczki piesze, spacery
- 2. Udział w terapii zajęciowej, w tym:**
- arteterapia, rękodzieło, prace manualne
 - muzykoterapia, śpiew, słuchanie muzyki
 - stymulacja pamięci, spostrzegawczości
 - zajęcia klubowe (gry planszowe, stolikowe)
 - warsztaty kulinarne
- 3. Integracja:**
- spotkania integracyjne np. z okazji Świąt, imienin itp.
 - integracja międzypokoleniowa (spotkania, warsztaty z dziećmi, młodzieżą)

** Należy podać dochód w miesiącu poprzedzającym zgodnie z art. 8 pkt 3-13 Ustawy o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004r. (T.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 2268 ze zm.)

- działania na rzecz społeczności lokalnej

4. Korzystanie z działań prozdrowotnych:

- wykłady i pogadanki z zakresu zdrowia
- pomoc przy umawianiu wizyt lekarskich
- spotkania z dietetykiem
- spotkania z psychologiem

5. Poradnictwo:

- obsługa nowinek technologicznych typu: telefon komórkowy, komputer
- kontakt z innymi instytucjami i urzędami

6. Działania kulturalno-oświatowe:

- spotkania z przedstawicielami różnych instytucji
- uczestnictwo w wydarzeniach organizowanych przez instytucje kulturalne
- udział w wykładach i pogadankach z zakresu różnych dziedzin np. kultury, historii itp.
- wyjścia do kina, teatru, muzeum itp.

Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym i równocześnie zobowiązuję się poinformować Ośrodek Pomocy Społecznej w Dwikozach o jakiegokolwiek zmianie danych.

.....
(data i podpis kandydata na uczestnika / jego przedstawiciela ustawowego)

1. Składając niniejszy Formularz deklaruję pełną formę uczestnictwa – codziennie (od poniedziałku do piątku) w zajęciach w Dziennym Domu Senior+ w Dwikozach

.....
(data i podpis kandydata na uczestnika / jego przedstawiciela ustawowego)

**OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY
NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH i WIZERUNKU
UCZESTNIKA DZIENNEGO DOMU SENIOR+ W DWIKOZACH**

Ja niżej podpisany/a:

.....

Imię i nazwisko

.....

Adres zamieszkania

oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie danych osobowych i wizerunku zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a oraz art. 9 ust. 2 Rozporządzenia 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 (Dz. Urz. UE L 119/1) (RODO) przez:

**Ośrodek Pomocy Społecznej w Dwikozach,
ul. Spółdzielcza 15, 27-620 Dwikozy,
tel. +48 15 8311816, e-mail: ops@dwikozy.gmina.pl**

celem:

- 1) rekrutacji uczestników do Dziennego Domu Senior+ w Dwikozach działającego w strukturze OPS Dwikozy,
- 2) udziału w oferowanych formach wsparcia wynikających z realizacji zadań z zakresu pomocy społecznej i dobra publicznego oraz promocji projektu Dziennego Domu Senior+ w Dwikozach działającego w strukturze OPS Dwikozy w portalach internetowych i mediach.

Jednocześnie oświadczam, iż zostałem/am pouczone/a o:

- 1) zasadach przetwarzania moich danych osobowych przez Administratora, tj. Ośrodek Pomocy Społecznej w Dwikozach (klauzula informacyjna poniżej),
- 2) przysługującym mi prawie odwołania zgody w dowolnym momencie, w przypadkach przetwarzania danych osobowych na podstawie udzielonej zgody,
- 3) przysługującym mi prawie wniesienia ponaglenia zgodnie z art. 37 § 1 – 4 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego.

.....

(data i podpis osoby przyjmującej oświadczenie)

.....

(data i podpis osoby składającej oświadczenie)

.....
(miejsowość i data)

.....
(pieczęć POZ)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
NA POTRZEBY DZIENNEGO DOMU SENIOR+ W DWIKOZACH**

Imię (imiona) i nazwisko pacjenta:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Diagnoza (choroby przewlekłe):

.....
.....
.....
.....

Stwierdzam:

1. Zajęcia ruchowe (kinezyterapia)*

- brak przeciwwskazań
- przeciwwskazania, jakie?

.....
.....

2. Zajęcia sportowo-rekreacyjne tj. gimnastyka, taniec, zajęcia terenowe (spacery, itp.)*

- brak przeciwwskazań
- przeciwwskazania, jakie?

.....
.....

3. Zajęcia aktywizujące tj. gry zespołowe, wyjazdy (wycieczki itp.) *

- brak przeciwwskazań
- przeciwwskazania jakie?

.....
.....

*właściwe pole proszę zaznaczyć znakiem „X”

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

Dwikozy, dnia

.....
(nazwisko i imię)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(telefon kontaktowy)

**Kierownik
Ośrodka Pomocy Społecznej
W Dwikozach**

***WNIOSEK
o przyjęcie do Dziennego Domu „Senior +” w Dwikozach***

Zwracam się z prośbą o przyjęcie do Dziennego Domu "Senior +" w Dwikozach w celu umożliwienia mi korzystania z oferty na rzecz społecznej aktywizacji, w tym oferty bytowej, usług w zakresie aktywności ruchowej lub kinezyterapii, oferty edukacyjnej, kulturalnej, rekreacyjnej i opiekuńczej.

Nadmieniam, że jestem osobą nieaktywną zawodowo, w wieku 60+, zamieszkuję na terenie Gminy Dwikozy.

Zobowiązuję się do ponoszenia odpłatności za pobyt i regularnego uczestnictwa.

.....
(podpis uczestnika)