

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Świadczenie usługi teleopieki

Szanowna Pani/Szanowny Panie,

Administratorem Pani/Pana danych osobowych oraz danych osobowych Pani/Pana opiekuna (jeśli został wskazany) jest HRP Care sp. z o. o. z siedzibą w Łodzi (90-348) przy ul. Kilińskiego 185. Pełna treść obowiązku informacyjnego znajduje się w przekazanej Pani/Panu klauzuli informacyjnej dla użytkownika opaski oraz klauzuli informacyjnej dla opiekuna użytkownika opaski.

Wypełnienie i przekazanie niniejszego formularza w zakresie danych dotyczących Pani/Pana imienia i nazwiska oraz danych kontaktowych jest niezbędne w celu właściwej realizacji usług 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 realizowanych na Pani/Pana rzecz usług przez Centrum Teleopieki.

I. OŚWIADCZENIA OBLIGATORYJNE

Oświadczam, że otrzymałam/em klauzulę informacyjną w wersji papierowej i zostałam/em poinformowany 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 HRP Care sp. z o.o., Oświadczam również, że zostałam/em poinformowany/a, iż obowiązek informacyjny zostanie dodatkowo zrealizowany w terminie 14 dni od podpisania formularza zgłoszeniowego na wskazane przeze mnie numery telefonu użytkownika i Opiekuna.

1. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na realizację usługi teleopieki, rozumiem cel usługi oraz deklaruję chęć objęcia mnie usługą teleopieki na zasadach określonych w umowie uczestnictwa, która została zawarta pomiędzy mną a gminą.
2. Oświadczam, iż wyrażam dobrowolnie i świadomie zgodę na kontakt ze mną ze strony Centrum Teleopieki w razie zgłoszenia przeze mnie nagłego pogorszenia zdrowia za pośrednictwem opaski bezpieczeństwa na zasadach określonych w umowie uczestnictwa, która została zawarta pomiędzy mną a gminą.
3. Wyrażam zgodę na przekazywanie wszelkich informacji o stanie mojego zdrowia i samopoczucia oraz na kontaktowanie się ze strony Centrum Teleopieki ze wskazanym przeze mnie Opiekunem 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 HRP Care sp. z o. o. w celach związanych z oferowaniem mi 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 przez HRP Care Sp. z o. o. w w/w 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 HRP Care Sp. z o.o. 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 oraz 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 i nagrań, obrót egzemplarz mi, 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 swoich danych osobowych w celach związanych z wyrażeniem zgody na wykorzystanie mojego wizerunku w w/w zakresie.

(data i podpis osoby składającej oświadczenie)

.....
miejscowość i data

.....
imię i nazwisko uczestnika

.....
adres zamieszkania

Oświadczenie Kandydata

W związku z ubieganiem się o udział w Programie „Korpusu Wsparcia Seniorów” na rok 2025, Moduł II – świadczenie „opieki na odległość” oświadczam, że:

Prowadzę samodzielne gospodarstwo domowe.

☐

Mieszkam z osobami bliskimi, które nie są w stanie zapewnić mi wystarczającej opieki w codziennym funkcjonowaniu.

☐

(data i podpis osoby składającej oświadczenie)

Dane Uczestnika wsparcia

Imię i nazwisko
PESEL
Adres zamieszkania
Nr telefonu

Dane Opiekunów	
Imię i nazwisko	
Numer telefonu	
Imię i nazwisko	
Numer telefonu	
Imię i nazwisko	
Numer telefonu	

(data i podpis osoby składającej oświadczenie)

Prosimy o wypełnienie dużymi, drukowanymi literami czarnym lub niebieskim kolorem

WYPEŁNIA REALIZATOR PROGRAMU

IMEI:

Data wpływu:

DD/MM/RRRR

Podpis:

WYPEŁNIA UCZESTNIK
DANE UCZESTNIKA

Imię:

Nazwisko:

Nazwisko cd.:

PESEL:

Numer tel.:

Adres e-mail:

Ulica:

Numer domu:

Numer lokalu:

Kod pocztowy:

Miasto:

Wzrost:

Ciśnienie skurczowe:

Ciśnienie rozkurczowe:

DANE OPIEKUNÓW

Numer tel. opiekuna 1:

Email opiekuna 1:

Numer tel. opiekuna 2:

Email opiekuna 2:

INFORMACJE DODATKOWE np.: kto posiada klucze do mieszkania w sytuacji nagłej, szczególne warunki mieszkaniowe

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	☐	Miażdżycy	☐	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
☐	Niedosłuch	☐	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: