

Wypełnia osoba upoważniona przez Realizatora Usług	Potwierdzenie złożenia wniosku (data wpływu)		Podpis osoby przyjmującej wniosek		NUMER IMEI OPASKI:
---	--	--	-----------------------------------	--	--------------------

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. Szczegółowe informacje na temat przetwarzania danych osobowych dostępne są w załączniku nr 1 oraz załączniku nr 2 do formularza.

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).

I CZĘŚĆ- DANE OSOBOWE NIEZBĘDNE

I CZĘŚĆ – DANE UCZESTNIKA (PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)	IMIĘ I NAZWISKO	
	PESEL (11 CYFR)	
	TELEFON KONTAKTOWY UŻYTKOWNIKA	
	E-MAIL UŻYTKOWNIKA (opcjonalnie)	
	ADRES STAŁEGO POBYTU UŻYTKOWNIKA	ULICA: NUMER DOMU/LOKALU: KOD POCZTOWY: MIEJSCOWOŚĆ:

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis

II CZĘŚĆ - OŚWIADCZENIA

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. Oświadczam, iż zapoznałem/am się z klauzulami informacyjnymi stanowiącymi załącznik nr 1 i załącznik nr 2 do Formularza zgłoszeniowego.

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

III CZĘŚĆ – DANE OSOBOWE DOBROWOLNE

Na obecnym etapie 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

Wzrost.....

Standardowe ciśnienie skurczowe.....

Standardowe ciśnienie rozkurczowe.....

CHOROBY KANDYDATA

Poniżej proszę zaznaczyć np. zdiagnozowane, przebyte i aktualne choroby, stopień niepełnosprawności, informacje o wszczepionych urządzeniach medycznych lub wypisać inne informacje, które uzna Pani/Pan za istotne

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> Wady wrodzone serca | <input type="radio"/> Insulinooporność | <input type="radio"/> Stan po zawale mięśnia sercowego |
| <input type="radio"/> Niewydolność serca | <input type="radio"/> Zakrzepica (choroba zakrzepowo-zatorowa) | <input type="radio"/> Astma |
| <input type="radio"/> Niewydolność układu krążenia | <input type="radio"/> Migotanie przedsionków (arytmie) | <input type="radio"/> POChP |
| <input type="radio"/> Niewydolność nerek | <input type="radio"/> Nadciśnienie tętnicze | <input type="radio"/> Rozedma płuc |
| <input type="radio"/> Otyłość | <input type="radio"/> Marskość wątroby | <input type="radio"/> Palenie tytoniu TAK/NIE |
| <input type="radio"/> Cukrzyca typu I | <input type="radio"/> Depresja | <input type="radio"/> Nadczynność tarczycy |
| <input type="radio"/> Cukrzyca typu II | <input type="radio"/> Nerwica/choroby psychiatryczne | <input type="radio"/> Niedoczynność tarczycy |
| <input type="radio"/> Cukrzyca LADA | <input type="radio"/> Stan po udarze mózgu | <input type="radio"/> Choroba nowotworowa |
| <input type="radio"/> Hipoglikemia reaktywna | | <input type="radio"/> Choroba niedokrwienności serca |
| <input type="radio"/> Stan przedcukrzycowy | | <input type="radio"/> Osteoporoza |
| <input type="radio"/> INNE: | | |

AKTUALNIE PRZYJMOWANE LEKI

Poniżej proszę zaznaczyć leki przyjmowane zarówno na receptę, jak i bez recepty lub wypisać inne leki, które uzna Pani/Pan za istotne

- | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Acard/Polocard | <input type="radio"/> Kalipoz | <input type="radio"/> Roswera |
| <input type="radio"/> Bisocard | <input type="radio"/> Xarelto | <input type="radio"/> Bibloc |
| <input type="radio"/> Milurit | <input type="radio"/> Tritace/Polpril | <input type="radio"/> Metformax/Siofor |
| <input type="radio"/> Atoris | <input type="radio"/> Spironol | <input type="radio"/> Insulina |
| <input type="radio"/> Euthyrox | <input type="radio"/> Prestarium | <input type="radio"/> Diuver |
| <input type="radio"/> INNE: | | |

INFORMACJE DODATKOWE

(np. kto posiada klucze do mieszkania w sytuacji nagłej, szczególne warunki mieszkaniowe)

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis

IV CZĘŚĆ - OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA WSPARCIA W ZAKRESIE UDOSTĘPNIENIA DANYCH O STANIE ZDROWIA PRZEZ CENTRUM TELEOPIEKI SWOJEMU OPIEKUNOWI (DLA KAŻDEGO OPIEKUNA OSOBNO)

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 jednej lub dwóch osób mających być Opiekunami Uczestnika.

NAZWISKO I IMIĘ OPIEKUNA 1	
NUMER TELEFONU OPIEKUNA 1	
ADRES E-MAIL OPIEKUNA 1 (potrzebny do założenia aplikacji)	

NAZWISKO I IMIĘ OPIEKUNA 2	
NUMER TELEFONU OPIEKUNA 2	
ADRES E-MAIL OPIEKUNA 2 (potrzebny do założenia aplikacji)	

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis

V. CZĘŚĆ - OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA WSPARCIA O WYRAŻENIU ZGODY NA OTRZYMYWANIE INFORMACJI O NOWYCH PROGRAMACH

- 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.
- Wyrażam zgodę na przesyłanie przez HRP Care sp. z o. o. informacji, o których mowa powyżej 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.

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis

VI. CZĘŚĆ – ZAŁĄCZNIKI

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO FORMULARZA ZGŁOSZENIOWEGO

Klauzula RODO dla Uczestnika

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 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 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE. L Nr 119, str. 1) – dalej określanego jako „RODO” informujemy, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest HRP Care sp. z o. o. z siedzibą w Łodzi (90-348) przy ul. Kilińskiego 185, tel. +48 42 207 22 00, adres e-mail: biuro@hrp.com.pl.

2. W sprawach związanych z ochroną danych osobowych można kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych: iod@odokancelaria.pl bądź pisemnie na adres wskazany w pkt.1 z dopiskiem „do inspektora ochrony danych”.

3. Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w ramach świadczenia usługi teleopieki oraz danych przekazanych w ramach korzystania z usług Centrum Teleopieki w związku z Pani/Pana przystąpieniem do programu realizowanego przez gminę jest:

a) art. 6 ust. 1 lit. a RODO, gdyż Pani/Pana dane osobowe mogą być przetwarzane w celu informowania o nowych akcjach oraz programach związanych z udzielaniem wsparcia, o ile doszło do wyrażenia przez Panią/Pana zgody na ten cel,

b) art. 6 ust. 1 lit. b i c RODO, gdyż Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu udzielenia wsparcia, a także z uwzględnieniem rekrutacji, działań informacyjnych, monitorowania, sprawozdawczości, ewaluacji, kontroli i audytów prowadzonych w zakresie realizacji niniejszej usługi,

c) art. 9 ust. 2 lit. a, c, h RODO, gdyż Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane w celu ochrony Pani/Pana zdrowia oraz życia, jak również w celu zapewnienia właściwego poziomu obsługi przez Centrum Teleopieki.

4. Podanie danych osobowych zwykłych jest niezbędne do celów realizacji usługi. Odmowa podania danych osobowych zwykłych skutkuje brakiem możliwości przyjęcia, a w tym realizacji usługi. Podanie danych o stanie zdrowia na etapie wypełnienia formularza jest dobrowolne, lecz na etapie udzielania wsparcia i świadczenia pomocy przez Centrum Teleopieki jest niezbędne celem zapewnienia Pani/Panu właściwego poziomu opieki medycznej.

5. Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom uczestniczącym w realizacji świadczenia usługi teleopieki, w szczególności w celu udzielania wsparcia uczestnikom korzystającym z niniejszej usługi, ewaluacji, monitoringu, kontroli, audytu i sprawozdawczości a także podmiotom, które przetwarzają dane osobowe w celu świadczenia usług medycznych.

6. Pani/Pana dane będą przetwarzane przez okres świadczenia usługi, jak również mogą być dłużej przetwarzane w związku z okresem niezbędnym do czasu rozliczenia zadania oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji na podstawie odrębnych przepisów prawnych nakazujących przechowywanie dokumentacji z danymi osobowymi przez określony czas.

7. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być wyłącznie podmioty uprawnione na podstawie obowiązujących przepisów prawnych.

8. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

9. Ma Pani/Pan prawo do:

a) dostępu do danych — uzyskania od administratora potwierdzenia, czy przetwarzane są Pani/Pan dane osobowe oraz uzyskania do nich na podstawie art. 15 RODO,

b) do sprostowania danych — żądania sprostowania dotyczących Pani/Pana danych osobowych, które są nieprawidłowe, lub uzupełnienia niekompletnych danych na podstawie art. 16 RODO,

c) do usunięcia danych — żądania usunięcia Pani/Pana danych osobowych, jeżeli administrator nie ma już podstawy prawnej do ich przetwarzania lub dane nie są już niezbędne do celów przetwarzania na podstawie art. 17 RODO,

d) do ograniczenia przetwarzania — żądania ograniczenia przetwarzania Pani/Pana danych osobowych na podstawie art. 18 RODO, gdy:

- osoba, której dane dotyczą, kwestionuje prawidłowość danych osobowych — na okres pozwalający administratorowi sprawdzić prawidłowość tych danych,

- przetwarzanie jest niezgodne z prawem, a osoba, której dane dotyczą, sprzeciwia się ich usunięciu, żądając ograniczenia ich wykorzystywania,

- administrator nie potrzebuje już tych danych, ale są one potrzebne osobie, której dane dotyczą, do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń,

- osoba, której dane dotyczą, wniosła sprzeciw wobec przetwarzania — do czasu stwierdzenia, czy prawnie uzasadnione podstawy po stronie administratora są nadrzędne wobec podstaw sprzeciwu osoby, której dane dotyczą.

10. Ma Pani/Pan prawo wnieść skargę do organu nadzoru, którym w Polsce jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą w Warszawie, ul. Stawki 2, z którym można kontaktować się w następujący sposób:

1) listownie: ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa;

2) przez elektroniczną skrzynkę podawczą dostępną na stronie: <https://www.uodo.gov.pl/pl/p/kontakt>;

3) telefonicznie: (22) 531 03 00.

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis

ZAŁĄCZNIK NR 2 DO FORMULARZA ZGŁOSZENIOWEGO

Klauzula RODO dla Opiekuna Uczestnika

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest HRP Care sp. z o. o. z siedzibą w Łodzi (90-348) przy ul. Kilińskiego 185, tel. +48 42 207 22 00, adres e-mail: biuro@hrp.com.pl
2. W sprawach związanych z ochroną danych osobowych można kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych: iod@odokancelaria.pl bądź pisemnie na adres wskazany w pkt.1 z dopiskiem „do inspektora ochrony danych”.
3. Pani/Pana dane osobowe zostały pozyskane od uczestnika korzystającego ze świadczenia usługi teleopieki w ramach programu realizowanego przez gminę, do którego uczestnik przystąpił. W formularzu uczestnik wskazał Pani/Pana dane w postaci: Pani/Pana imienia i nazwiska, Pani/Pana numeru telefonu/adresu e-mail.
4. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez administratora danych na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b i c RODO - w celu realizacji obowiązku wynikającego z realizacji opieki przez Centrum Teleopieki na rzecz uczestnika korzystającego ze świadczenia usługi teleopieki.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania tj. w zakresie wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na administratorze przez okresy wskazane w odpowiednich przepisach prawa, zaś w zakresie prawnie uzasadnionych interesów do czasu wniesienia sprzeciwu, o ile nie wystąpią prawnie uzasadnione podstawy dalszego przetwarzania danych.
6. Pani/Pana dane osobowe mogą być ujawniane podmiotom przetwarzającym dane na zlecenie i w imieniu administratora danych na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, jak również w celu świadczenia określonych w umowie usług realizowanych na rzecz uczestnika w ramach usługi teleopieki.
7. Ma Pani/Pan prawo do:
 - a) dostępu do danych — uzyskania od administratora potwierdzenia, czy przetwarzane są Pani/Pan dane osobowe oraz uzyskania do nich na podstawie art. 15 RODO,
 - b) do sprostowania danych — żądania sprostowania dotyczących Pani/Pana danych osobowych, które są nieprawidłowe lub uzupełnienia niekompletnych danych na podstawie art. 16 RODO,
 - c) do usunięcia danych — żądania usunięcia Pani/Pana danych osobowych, jeżeli administrator nie ma już podstawy prawnej do ich przetwarzania lub dane nie są już niezbędne do celów przetwarzania na podstawie art. 17 RODO,
 - d) do ograniczenia przetwarzania — żądania ograniczenia przetwarzania Pani/Pana danych osobowych na podstawie art. 18 RODO, gdy:
 - osoba, której dane dotyczą, kwestionuje prawidłowość danych osobowych — na okres pozwalający administratorowi sprawdzić prawidłowość tych danych,
 - przetwarzanie jest niezgodne z prawem, a osoba, której dane dotyczą, sprzeciwia się ich usunięciu, żądając ograniczenia ich wykorzystywania,
 - administrator nie potrzebuje już tych danych, ale są one potrzebne osobie, której dane dotyczą, do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń,
 - osoba, której dane dotyczą, wniosła sprzeciw wobec przetwarzania — do czasu stwierdzenia, czy prawnie uzasadnione podstawy po stronie administratora są nadrzędne wobec podstaw sprzeciwu osoby, której dane dotyczą.
8. Ma Pani/Pan prawo wnieść skargę do organu nadzoru, którym w Polsce jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą w Warszawie, ul. Stawki 2, z którym można kontaktować się w następujący sposób:
 - 1) listownie: ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa;
 - 2) przez elektroniczną skrzynkę podawczą dostępną na stronie: <https://www.uodo.gov.pl/pl/p/kontakt>;
 - 3) telefonicznie: (22) 531 03 00.
9. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich ani nie będą podlegały profilowaniu.

Oświadczam, iż wiem, że w każdym momencie mogę złożyć pisemne oświadczenie o rezygnacji z pełnienia funkcji Opiekuna na adres e-mail biuro@hrp.com.pl lub pocztą tradycyjną na adres siedziby Administratora, gdyż pełnienie przeze mnie tej funkcji jest w pełni dobrowolne.

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis