



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

„Zapewnienie kompleksowych usług zdrowotnych na terenie województwa opolskiego – kontynuacja wsparcia”

Dane Uczestnika:

Imię:	
Nazwisko:	
Wiek:	
PESEL:	

Dane kontaktowe:

Adres korespondencyjny (ulica, kod pocztowy, miejscowość):	
Powiat:	
Telefon *wymagane	
E-mail: *opcjonalnie	

Jednostka chorobowa	
---------------------	--

Opis uzupełniający:

1) Czy uczestnik samotnie zamieszkuje gospodarstwo domowe?

2) Wymień opiekuna/ów faktycznych
(Podaj imię, nazwisko i telefon kontaktowy do osoby sprawującej opiekę nad Uczestnikiem)

3) Czy Uczestnik w chwili obecnej korzysta ze świadczeń finansowanych przez NFZ?

--



- zespołu opieki długoterminowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie w domu?

- rehabilitacji domowej?
(proszę podać okres trwania finansowanych świadczeń)

4) Dochody Uczestnika mieszczą się w przedziale:

(kwota, która przypada na 1 osobę - w zależności od tego czy Uczestnik mieszka sam czy wspólnie z innymi członkami rodziny,

Uwaga: należy policzyć dochody wszystkich mieszkańców)

- do 1000zł netto
- 1001zł-1500zł netto
- 1501zł-2000zł netto
- powyżej 2000zł

Czy posiada aktualne orzeczenie o niepełnosprawności?

Proszę podać datę (od kiedy do kiedy)

- Nie
- Tak

Termin orzeczenia od – do:

Uwagi dodatkowe:

Informacje mogące wpłynąć na decyzję podczas rekrutacji

Oświadczam, że zgodnie z rozporządzeniem 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz. UE L 119, s.1) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu rekrutacji i realizacji projektu, publikowania na stronie internetowej Stowarzyszenia oraz w środkach masowego przekazu.

Administratorem danych osobowych jest Neurorehabilitacja M. i G. Bilińscy z siedzibą w Opolu, ul. Samborska, 45-316 Opole. Możesz skontaktować się z Administratorem telefonując pod numer: 720 535 535. Zostałem/am poinformowany/a, iż zgoda na przetwarzanie moich danych osobowych jest dobrowolna, a także o przysługującym mi prawie dostępu do moich danych osobowych i ich poprawiania jak również możliwości odwołania zgody na przetwarzanie.

Zostałem/am poinformowany/a, iż moje dane osobowe przetwarzane są wyłącznie w zakresie związanym z realizacją powyższych celów, nie są udostępniane innym odbiorcom oprócz podmiotów upoważnionych na podstawie przepisów prawa. Administrator nie zamierza przekazywać moich danych do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowych.



Zostałem/am poinformowany/a, iż moje dane będą przechowywane nie dłużej niż jest to konieczne, tj. przez okres niezbędny do trwania projektu, a po tym okresie dla celów i przez czas oraz w zakresie wymaganym przez przepisy prawa lub dla zabezpieczenia ewentualnych roszczeń, lub do czasu cofnięcia udzielonej zgody. W związku z przetwarzaniem moich danych osobowych przez Administratora przysługuje mi prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego. Przekazanie moich danych osobowych jest wymogiem ustawowym, dotyczy każdego uczestnika projektu, wobec którego realizujemy ww. cele. W oparciu o moje dane osobowe Administrator nie będzie podejmował wobec mnie zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

.....
data i podpis Uczestnika/opiekuna faktycznego