OŚWIADCZENIE ODBIORCY WSPARCIA

Oświadczam, że w przypadku kontaktu ze mną ze strony Centrum Teleopieki w razie zgłoszenia przeze mnie nagłego pogorszenia samopoczucia lub zachowania za pośrednictwem Teleopaski, mogą być przekazywane i przetwarzane informacje o stanie mojego zdrowia oraz samopoczucia, zgodnie z warunkami zawartej przeze mnie umowy.

Przekazuję dobrowolnie dane zdrowotne, niezbędne do zapewnienia mi właściwego poziomu opieki medycznej:

Ciśnienie indywidualne podstawowe:……

Występujące choroby:……

…….

Przyjmowane leki:…….

…….

Kontakt ze mną może nastąpić:

- pod numerem telefonu: ….....
- w formie e-mail:…….

Upoważniam wskazanego przeze mnie Opiekuna do kontaktu we wszystkich sprawach związanych ze zgłoszeniem przeze mnie – za pośrednictwem Teleopaski – nagłego pogorszenia samopoczucia lub zachowania i przekazywania Opiekunowi wszelkich danych o moim stanie zdrowia:

imię i nazwisko Opiekuna: .....

adres Opiekuna: ….....

nr telefonu Opiekuna: ….....

e-mail Opiekuna (opcjonalnie): ….....

…..... …….....

MIEJSCOWOŚĆ I DATA *CZYTELNY PODPIS ODBIORCY WSPARCIA*

Oświadczam, iż zapoznałem/am się z oświadczeniem Odbiorcy wsparcia oraz wyrażam zgodę na pełnienie funkcji Opiekuna. Zapoznałem/am się również z klauzulą informacyjną stanowiącą załącznik do oświadczenia.

…….....

CZYTELNY PODPIS OPIEKUNA

Klauzula informacyjna

Pani/Pana dane osobowe będę przetwarzane 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, dalej RODO).

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Zielonej Górze z siedzibą w Zielonej Górze przy ul. Długiej 13 – Realizator Programu.
2. W kwestiach związanych z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych można skontaktować się z inspektorem ochrony danych osobowych działającym u Administratora danych mailowo na adres: iod@mops.zgora.pl.
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji usługi wsparcia w postaci Teleopieki.
4. Dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO w celu zawarcia umowy wsparcia oraz wykonywania umowy wsparcia, art. 6 ust. 1 lit. c (realizacja obowiązków prawnych ciążących na administratorze danych związanych z przyznanym wsparciem), art. 6 ust. 1 lit. e (niezbędność przetwarzania dla wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym w ramach realizowanego wsparcia) oraz danych zdrowotnych na podstawie art. 9 ust. 2 lit. a i b RODO.
5. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa oraz podmioty, z którymi zostały zawarte umowy, w tym podmioty, z którymi Realizator i dostawca usługi (konsorcjum firm Senium Care spółka z o.o. i Senium spółka z o.o.) współpracują przy realizacji usługi wsparcia w postaci Teleopieki. Konsorcjum firm Senium Care spółka z o.o. i Senium spółka z o.o. realizuje w ramach świadczenia usług zadania administratora danych osobowych, a szczegółowe informacje w zakresie przetwarzania Pani/Pana danych osobowych zawarte są na stronie internetowej: https://seniumcare.pl/wp-content/uploads/2026/04/Zalacznik-nr-4-%E2%80%93-Klauzula-RODO-dla-Pacjenta.pdf
6. Dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z obowiązkami określonymi przepisami prawa, jak również zgodnie z obowiązkami administratora w zakresie wymaganego okresu przechowywania dokumentacji, w tym w szczególności dokumentacji finansowej związanej z realizacją usługi wsparcia w postaci Teleopieki.
7. Ma Pani/Pan prawo do: dostępu swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania w sytuacjach prawem przewidzianych, do wniesienia sprzeciwu.
8. W razie uznania, że Pani/Pana dane osobowe nie są przetwarzane w sposób prawidłowy, ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
9. Podanie przez Panią/Pana danych jest dobrowolne, lecz zarazem konieczne, aby mogła Pani/mógł Pan korzystać z usługi wsparcia w postaci Teleopieki.