Dane osoby zgłaszanej

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

Imię i Nazwisko

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

Adres zamieszkania: (kod, miejscowość)

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

(ulica)

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

Numer PESEL **Dyrekcja**

 **Domu Pomocy Społecznej**

 **prowadzonego przez**

 **Siostry Franciszkanki**

ul. Kościelna 11

 **46-081 Dobrzeń Wielki**

 **WNIOSEK**

 Zwracam się z prośbą o przyjęcie mnie do Domu Pomocy Społecznej prowadzonego przez Siostry Franciszkanki w Dobrzeniu Wielkim i jednocześnie wyrażam zgodę na pokrywanie należności za pobyt, ustalonej na podstawie aktualnego cennika.

Dane opiekuna faktycznego/prawnego lub osoby wskazanej do kontaktu z Domem:

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

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

(imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, adres zamieszkania, nr. telefonu)

.................................................. ................... Deklaruję chęć zamieszkania

{miejscowość i data podpis osoby zainteresowanej) w pokoju:

* jednoosobowym
* dwuosobowym
* trzyosobowym

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

(czytelny podpis osoby zgłaszającej przyszłego mieszkańca)\*

**\*jeśli brak dokument o ubezwłasnowolnieniu**

**\*podpis klauzuli informacyjnej**

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi ochrony danych osobowych, w szczególności na podstawie art.13 ust. 1, 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 (ogólne rozporządzenie a ochronie danych) (Dz.U. UE L z 2016 r. Nr 119, s.1), celem zapewnienia właściwej ochrony Państwa danych osobowych w związku z ich przetwarzaniem, przekazujemy Państwu poniższe informacje dotyczących przetwarzania takich danych.

1. **Administratorem Pani/Pana danych osobowych** jest Dom Pomocy Społecznej prowadzony przez Siostry Franciszkanki w Dobrzeniu Wielkim 46-081 Dobrzeń Wielki ul. Kościelna 11

tel. 774695215 Fax. 774695215 Email: zakladop@poczta.onet.pl

1. **W razie pytań związanych z przetwarzaniem danych osobowych,** proszę kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych: Michał Bieniusa

- adres poczty elektronicznej: e-mail: michalbieniusa-1989@o2.pI lub pisemnie na adres naszej siedziby.

1. **Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne**, jednakże ich niepodanie będzie skutkowało niemożnością wykonania czynności związanych z pobytem w DPS, w tym medycznych. Wymagamy okazania przez Panią/Pana dowodu osobistego lub innego dokumentu stwierdzającego Pani/Pana tożsamość.
2. **Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą** w celu prowadzenia przez nasz DPS działalności, w tym prowadzenia wymaganej przepisami prawa dokumentacji medycznej - na podstawie *art. 6 ust 1 c ,d* oraz art. 9 ust. 2 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. - RODO.

Przetwarzane Pani/Pana dane osobowe będą dotyczyć również stanu zdrowia, ponieważ wymagają tego od nas przepisy prawa (ustawa o działalności leczniczej, ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta) i jest to konieczne do udzielenia świadczeń medycznych tj. leczenia, rehabilitacji, wykonania badań diagnostycznych, laboratoryjnych czy konsultacji itp.

1. **Pani/Pana dane udostępniamy:**
	1. podmiotom i organom, którym jesteśmy zobowiązani udostępnić dane osobowe na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa, w szczególności Urzędy Miast, Urzędy Gmin, Ośrodki Pomocy Społecznej, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, inne organy emerytalne,
	2. podmiotom i organom, którym jesteśmy na ich żądanie zobowiązani udostępnić dane osobowe na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa (np. Sąd)
	3. podmiotom, które świadczą dla nas usługi związane z wykonaniem badań diagnostycznych, laboratoryjnych
	4. podmiotom i osobom wykonującym zawód medyczny, które świadczą dla nas usługi medyczne,
	5. podmiotom ubezpieczeniowym, z którymi Państwo zawarli umowę na dobrowolne ubezpieczenie.
2. **Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa poza Europejskim Obszarem Gospodarczym lub organizacji** **międzynarodowej.**
3. Pan/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny *do* realizacji czynności związanych z pobytem w Domu Pomocy Społecznej. Mogą być usunięte po upływie okresu określonego dla *danej* kategorii dokumentacji okresu przechowywania, w zależności od kategorii archiwalnej danej sprawy, zgodnie z przepisami określonymi w ustawie z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz.U. z 2018 r., poz. 217).
4. W związku z **przetwarzaniem** Pani/Pana danych osobowych, **przysługuje** Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania lub prawo do przenoszenia danych, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania - zakres każdego z tych praw oraz sytuacje, w których maoża z nich skorzystać, wynikają z przepisów prawa, z którego uprawnienia może Pani/Pan skorzystać, zależeć będzie od podstawy prawnej wykorzystywania przez nas Pani/Pana danych oraz od celu ich przetwarzania. Ma Pan/Pani prawo do wglądu do dokumentacji medycznej, sporządzania z niej notatek oraz uzyskania jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku.
5. **Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi** do organu nadzorczego Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
6. Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w **sposób zautomatyzowany,** w tym również w formie **profilowanla.**

 ………………………………………………………………………

(podpis osoby reprezentującej Administratora Danych Osobowych)

**Zapoznałam/em się:**

(data, podpis osoby, której dane dotyczą)

**KWESTIONARIUSZ OSOBOWY**

MIESZKAŃCA DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ

ul. Kościelna 11, 46-081 Dobrzeń Wielki

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwisko |  | Nazwisko rodowe |  |
| Imiona |  |  |  |
| Data urodzenia |  | Miejsce urodzenia |  |
| Imiona rodziców |  | Nazwisko rodowe matki |  |
|  |
| PESEL |  | NIP |  |
| Obywatelstwo |  | Wyznanie |  |
| Adres |  |
| Nr dowodu osobistego |  | Kto wydał |  |
| Nr świadczenia emerytalnego |  | Kto wypłacaświadczenie |  |
|  |  |  |  |
| Data przyjęcia |  | Data odejścia |  |
|  |
| Krewni |  | Telefon |  |
| Dokładny adres: |  |
|  |
| Opiekun |  | Telefon |  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |
| Kasa chorych: |  |
|  |  |

 Ja, niżej podpisany/a/ oświadczam, że:

1. podane wyżej informacje są dokładne i pełne,
2. zobowiązuję się do pokrycia kosztów pobytu w wysokości uzgodnionej z Dyrekcją Domu,

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

 podpis mieszkańca lub jego opiekuna

**DOM POMOCY SPOŁECZNEJ**

PROWADZONY PRZEZ SIOSTRY FRANCISZKANKI

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

osoby ubiegającej się o przyjęcie do DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ prowadzonego przez

SIOSTRY FRANCISZKANKI, ul. Kościelna 11, 46-081 Dobrzeń Wielki.

1. Nazwisko Imię

Data urodzenia Pesel

Adres, kod pocztowy

Nazwisko i imię, adres, telefon osoby opiekującej się ………………………………………………………………………………………………………

Główne dolegliwości - początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie, itp. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

II. Badanie przedmiotowe: waga wzrost …………ciepłota ....................................

1. skóra i węzły chłonne ……………
2. układ oddechowy ……………

3. układ krążenia: wydolny/ niewydolny \*, ciśnienie krwi tętno/min…………….

1. układ trawienia ……………
2. układ moczowo- płciowy ……………
3. układ ruchu oraz ocena samodzielności i samoobsługi ……………..

 ……………………………………………………………………………………………………..

1. układ nerwowy i narządów zmysłów…………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. rozpoznanie (choroba zasadnicza)………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….schorzenia współistniejące
2. choroba *zakaźna:* tak/ nie, jeśli tak to jaka?

 ………………………………………………………………………………………………………

1. gruźlica: tak/nie, jeśli tak, to czy w stadium zakaźnym tak/nie
2. choroba psychiczna tak/ nie , jeśli tak to jaka?

 …………………………………………………………………………………………………….

10.uzależnienia\*

1. alkoholizm: tak/ nie
2. narkomania: tak/ nie

c) inne ……………………………...

III. Stopień samodzielności wykonywanych czynności dnia codziennego:

 S- samodzielny, O- z ograniczeniami, Z- zależny

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | S | O | Z |
| Poruszanie się |  |  |  |
| Toaleta |  |  |  |
| Przyjmowanie posiłków |  |  |  |
| Wydalanie |  |  |  |
| Organizacja czasu wolnego |  |  |  |

(prawidłową odpowiedź zaznaczyć „X" w tabeli)

IV. Stwierdza się, że osoba wyżej wymieniona w chwili badania nie wymaga hospitalizacji.

V. Oświadczenie osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku i przewlekle somatycznie chorych albo jej przedstawiciela
ustawowego.\*

Wyrażam zgodę na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie.

…………………………………………..

Data i podpis osoby kierowanej do Domu Opieki lub jej przedstawiciela ustawowego.\*

 ……………………………………………

 (data, pieczęć i podpis lekarza)

\*- niepotrzebne skreślić.