

15	Sytuacja społeczna (zaznaczyć właściwe):	<input type="checkbox"/> osoba korzystającą lub będącą członkiem rodziny korzystającej ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikującą się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniającą co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej, szczególnie z powodu bezrobocia i ubóstwa <input type="checkbox"/> osoba , o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym; <input type="checkbox"/> osoba przebywającą w pieczy zastępczej lub opuszczającą pieczę zastępczą oraz członkiem rodziny przeżywającej trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej; <input type="checkbox"/> osoba z niepełnosprawnością – osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z 27.08.1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a także osoba z zaburzeniami psychicznymi, w roz. ustawy z 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego <input type="checkbox"/> osoba objętą dozorem elektronicznym o którym mowa w ustawie z dnia 6 czerwca 1997 roku - Kodeks karny wykonawczy <input type="checkbox"/> członek rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością; <input type="checkbox"/> osoba zakwalifikowaną do III profilu pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy; <input type="checkbox"/> osoba niesamodzielną; <input type="checkbox"/> osoba zagrożona wykluczeniem społecznym <input type="checkbox"/> osoba doświadczająca wykluczenia społecznego <input type="checkbox"/> osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020;
16	Korzystałem/łam z usług społecznych oraz wsparcia instytucjonalnego	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
17	Struktura gospodarstwa domowego (właściwe zaznaczyć)	<input type="checkbox"/> osoba samotna <input type="checkbox"/> osoba zamieszkująca z rodziną jednak prowadząca oddzielne gospodarstwo domowe <input type="checkbox"/> osoba zamieszkująca i gospodarująca z rodziną
18	Dochód na osobę w rodzinie? (z miesiąca poprzedzającego wypełnienie ankiety)	<input type="checkbox"/> do 100% kryterium dochodowego tj.: <i>Kryterium dochodowe określa Ustawa z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 1283, 1572 z późn. zm.).</i> <input type="checkbox"/> powyżej, kwota:
19	Jestem zainteresowany/na (właściwe zaznaczyć)	<input type="checkbox"/> Klub Seniora <input type="checkbox"/> Dzienny Dom Pomocy

OŚWIADCZENIA

1. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z Regulaminem i akceptuję przedstawione w nim warunki rekrutacji i uczestnictwa w Centrum Usług Senioralnych.
2. Dobrowolnie deklaruję swój udział w Centrum Usług Senioralnych w Będzinie Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Będzinie.
3. Zostałem/łam poinformowany/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, oświadczam, że dane zawarte w niniejszej Wstępnej Deklaracji Uczestnictwa tj. Formularzu Rekrutacyjnym są zgodne z prawdą.
4. Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości że:
Administratorem moich danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Będzinie. MOPS wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się pod adresem e-mail: iod@mops.bedzin.pl lub przesyłając korespondencję na adres MOPS z dopiskiem „IOD”.

Będzin, dnia

.....
(czytelny podpis Kandydata/Kandydatki
lub przedstawiciela ustawowego)

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej

ul. 11 Listopada 1

42 – 500 Będzin

OŚWIADCZENIE

Stosownie do treści ustawy z dnia 10.05.2018r. (poz. 1000) o ochronie danych osobowych, oraz art 13 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 o ochronie danych) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych teraz i w przyszłości w związku z korzystaniem ze wsparcia w Centrum Usług Senioralnych.

Będzin, dnia

.....

podpis osoby składającej oświadczenie

1. Administratorem Danych Osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej przy ul. 11 Listopada 1.
2. Celem zbierania i przetwarzania danych jest realizacja zadań wynikających z funkcjonowania Centrum Usług Senioralnych.
3. Posiada Pan/Pani prawo do żądania dostępu do danych osobowych oraz ich poprawianie.
4. MOPS wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się pod adresem e-mail: iod@mops.bedzin.pl lub przesyłając korespondencję na adres MOPS z dopiskiem „IOD”.

Będzin, dnia.....

.....
(imię i nazwisko osoby wyrażającej zgodę
na wykorzystanie wizerunku)

ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczanie zdjęć i filmów zawierających mój wizerunek zarejestrowany podczas korzystania ze wsparcia w Centrum Usług Senioralnych w mediach: Internecie (strona internetowa Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Będzinie, strony internetowe i portale społecznościowe UM Będzin i Prezydenta Miasta), oraz wersji papierowej. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że mój wizerunek będzie wykorzystywany tylko i wyłącznie w celu promocji i potrzeb funkcjonowania Centrum Usług Senioralnych. Oświadczenie moje ważne jest do czasu istnienia podstawy prawnej do przetwarzania danych osobowych.

.....
(podpis osoby wyrażającej zgodę)

1. Administratorem Danych Osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej przy ul. 11 Listopada 1.
2. Posiada Pan/Pani prawo do żądania dostępu do danych osobowych oraz ich poprawianie., modyfikowanie, usuwanie.
3. Celem zbierania i przetwarzania danych jest realizacja zadań wynikających z funkcjonowania Centrum Usług Senioralnych.
4. MOPS wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się pod adresem e-mail: iod@mops.bedzin.pl lub przesyłając korespondencję na adres MOPS z dopiskiem „IOD”.

Będzin, dnia.....

.....
Imię i nazwisko

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/podpisana, pouczony/puczona o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, oświadczam, że mój dochód na osobę w rodzinie wynosi:

do 100% kryterium dochodowego

powyżej, kwota:

.....
Podpis