

Oświadczenie

1. **Oświadczam, że** w związku z wyrażeniem przeze mnie chęci objęcia pomocą w formie usługi teleopiekuńczej zgadzam się na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych poniżej przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Skoczowie oraz wyrażam zgodę na przekazywanie ich firmie „ABAKUS Systemy Teleinformatyczne” Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością z siedzibą w Bielsku-Białej przy ulicy Działowej 8A, która realizuje usługę.

Dane osobowe	
imię i nazwisko	
adres	
PESEL	
telefon	
data urodzenia	
wiek	
Sytuacja rodzinna	
<input type="checkbox"/> samotnie zamieszkująca/zamieszkujący <input type="checkbox"/> zamieszkująca/y wspólnie z rodziną/znajomymi	
imię i nazwisko członka rodziny, sąsiada/znajomego	<input type="checkbox"/> członek rodziny..... <input type="checkbox"/> sąsiad / znajomy.....
telefon do ww.	<input type="checkbox"/> członek rodziny..... <input type="checkbox"/> sąsiad / znajomy.....
Sytuacja mieszkaniowa	
rodzaj lokalu	<input type="checkbox"/> mieszkanie <input type="checkbox"/> dom wolnostojący <input type="checkbox"/> segment
dane personalne osoby posiadającej klucze do mieszkania/domu	imię i nazwisko..... adres..... telefon.....
piętro	
kod do domofonu	
rodzaj ogrzewania	<input type="checkbox"/> gazowe <input type="checkbox"/> węglowe <input type="checkbox"/> elektryczne <input type="checkbox"/> centralne
posiadane czujniki	<input type="checkbox"/> dymu <input type="checkbox"/> gazu <input type="checkbox"/> tlenek węgla <input type="checkbox"/> zalania <input type="checkbox"/> brak

Sytuacja zdrowotna				
ustalony stopień niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> lekki/III/częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> umiarkowany/II/ całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> znaczny/I/całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji			
zakres samodzielności	<input type="checkbox"/> porusza się samodzielnie <input type="checkbox"/> porusza się przy pomocy sprzętu rehabilitacyjnego: kule/ laski/ wózek inwalidzki/ balkonik <input type="checkbox"/> niedowidzi <input type="checkbox"/> nie widzi <input type="checkbox"/> niedosłyszy <input type="checkbox"/> słyszy przy pomocy aparatu słuchowego <input type="checkbox"/> nie słyszy			
przebyte choroby	wcześniej:	obecnie:		
Przyjmowane leki				
Nazwa leku	Sposób przyjmowania	Pora przyjmowania	Od kiedy są przyjmowane	Gdzie znajdują się w domu
Uczulenia/ alergię				
Lekarz prowadzący				
Imię i nazwisko	Przychodnia	Telefon		

Wypełnia lekarz		
Potwierdzam informacje zamieszczone w niniejszym Oświadczeniu dotyczące sytuacji zdrowotnej w/w osoby	Data	Podpis i pieczęć lekarza
Przychodnia		
Nazwa przychodni	Adres przychodni	Telefon
Inne istotne informacje		

.....
data, pieczęć i podpis
pracownika socjalnego

Potwierdzam zgodność powyższych danych ze stanem faktycznym

.....
data, pieczęć i podpis
osoby składającej oświadczenie

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Zostałam/em poinformowany, iż:

- podane przeze mnie dane będą dostępne dla usługodawcy w zakresie ustalonym powyżej,
- urządzenie telekomunikacyjne wraz z aktywną kartą SIM (zestaw), niezbędne do realizacji usługi teleopieki zostaje mi użyczone, urządzenie telekomunikacyjne posiadające przypisany indywidualny numer..... urządzenie wyposażone jest w: moduł GPS, aktywny abonament telefoniczny wraz z usługą transmisji danych (internetem),
- osoba monitorowana za pośrednictwem użyczonego urządzenia telekomunikacyjnego może: wysyłać alarmy SOS do Telecentrum Opieki, nawiązywać połączenia głosowe z Telecentrum Opieki,
- użyczone urządzenie nie jest urządzeniem ratującym życie, służy jedynie do nawiązywania kontaktu z operatorem Telecentrum Opieki i nie należy zatem traktować go jako jedyne kanału wzywania pomocy,

powiadamiania lub przekazywania informacji o zagrożeniach. Urządzenie jak i usługa teleopieki ma na celu zapewnienie lepszej pomocy osobom jej wymagającym i stanowi uzupełnienie opieki fizycznej,

- Gmina Skoczów nie ponosi odpowiedzialności za szkody materialne i niematerialne związane ze świadczeniem usług teleopiekuńczych dla świadczeniobiorców objętych Programem Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2023.

2. Zobowiązuję się do:

- użytkowania użyczonego mi urządzenia zgodnie z jego przeznaczeniem, w sposób określony w instrukcji obsługi,
- niepodejmowania działań zmierzających do uszkodzenia lub zniszczenia użyczonego mi urządzenia,
- nieusuwania z urządzenia karty SIM i niepoddawania jej próbom instalacji w innych urządzeniach,
- informowania na bieżąco pracownika Ośrodka o wszelkich ewentualnych nieprawidłowościach w działaniu urządzenia lub aplikacji,
- nieudostępniania urządzenia osobom trzecim,
- używania przekazanego mi urządzenia tylko w uzasadnionych przypadkach,
- systematycznego ładowania urządzenia, wyłącznie przy pomocy dołączonej ładowarki,
- zwrotu kompletnego urządzenia (ładowarki) na żądanie Ośrodka w takim stanie, w jakim je otrzymałam/łem,

3. Wyrażam zgodę na:

- występowanie w moim imieniu przez operatora Telecentrum Opieki w uzasadnionych przypadkach z prośbą o interwencję do służb takich jak: Policja, Pogotowie Ratunkowe, Straż Pożarna,
- lokalizację użyczonego mi urządzenia i rejestrowanie przez Telecentrum Opieki ze względów bezpieczeństwa wszystkich połączeń, rozmów, a ww. sytuacji braku reakcji użytkownika na próbę nawiązania kontaktu ze strony operatora również nasłuchu otoczenia.

.....
Data, pieczętka i podpis
pracownika socjalnego

.....
data i podpis
osoby składającej oświadczenie