Korona Seniora
OPIEKA. BEZPIECZEŃSTWO. SPOKÓJ

Załącznik nr1 do Regulaminu
Dziennego Domu Pobytu
„Korona Seniora" w Warszawie
ul. Osiedle 11, 03-149 Warszawa

KWESTIONARIUSZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA DZIENNEGO DOMU POBYTU

„KORONA SENIORA"

I. DANE UCZESTNIKA

Imię i Nazwisko	
PESEL:	
Wykształcenie:	
Adres zamieszkania:	
Gmina zamieszkana:	
Telefon kontaktowy:	
E-mail:	

II. DANE CZŁONKÓW RODZINY UCZESTNIKA

OSOBA NR 1

Imię i nazwisko:	
Stopień pokrewieństwa:	
Telefon kontaktowy:	
Adres do korespondencji:	
E-mail:	

Zadanie publiczne dofinansowane
ze środków Samorządu
Województwa Mazowieckiego

Mazowsze dla organizacji pozarządowych
MCPS
Mazowsze. serce Polski

Korona Seniora
OPIEKA. BEZPIECZEŃSTWO. SPOKÓJ

OSOBA NR 2

Imię i nazwisko:	
Stopień pokrewieństwa:	
Telefon kontaktowy:	
Adres do korespondencji:	
E-mail:	

OSOBA NR 3

Imię i nazwisko:	
Stopień pokrewieństwa:	
Telefon kontaktowy:	
Adres do korespondencji:	
E-mail:	

III. SYTUACJA ZAWODOWA UCZESTNIKA

Jestem osobą aktywną zawodowo ☐ TAK ☐ NIE

IV. SYTUACJA MIESZKANIOWA I RODZINNA UCZESTNIKA

Uczestnik mieszka z rodziną ☐ TAK ☐ NIE

Uczestnik mieszka samodzielnie (ma częsty kontakt z rodziną) ☐ TAK ☐ NIE

Uczestnik mieszka samodzielnie (ma rzadki kontakt z rodziną lub brak) ☐ TAK ☐ NIE

Uczestnik mieszka z opiekunem ☐ TAK ☐ NIE

Zadanie publiczne dofinansowane
ze środków Samorządu
Województwa Mazowieckiego

Korona Seniora
OPIEKA. BEZPIECZEŃSTWO. SPOKÓJ

V. INFORMACJE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA UCZESTNIKA

Czy posiada aktualne orzeczenie o niepełnosprawności (proszę załączyć orzeczenie)? ☐ TAK ☐ NIE Jeśli TAK: Symbol niepełnosprawności …… Stopień niepełnosprawności ☐ znaczny ☐ umiarkowany ☐ lekki
Czy choruje przewlekle (np. nadciśnienie, cukrzyca, choroby serca, neurologiczne)? ☐ TAK ☐ NIE Jeśli TAK proszę wskazać choroby: ……
Czy posiada alergię lub uczulenia? ☐ TAK ☐ NIE Jeśli TAK jakie?:……
Czy posiada: ☐ rozrusznik serca ☐ stenty ☐ bajpasy ☐ inne urządzenia ☐ przebyte zabiegi kardiologiczne Jeśli TAK jakie?:……
Czy występują trudności: Ze wzrokiem ☐ TAK ☐ NIE Ze słuchem ☐ TAK ☐ NIE Używane pomoce: ☐ okulary ☐ aparat słuchowy ☐ inne …….
Czy występują uzależnienia lub nałogi wpływające na funkcjonowanie? ☐ TAK ☐ NIE Jeśli TAK jakie? ……

Zadanie publiczne dofinansowane
ze środków Samorządu
Województwa Mazowieckiego

Mazowsze dla organizacji pozarządowych
MCPS
Mazowsze. serce Polski

Korona Seniora
OPIEKA. BEZPIECZEŃSTWO. SPOKÓJ

Czy uczestnik stosuje specjalną dietę ☐ TAK ☐ NIE Jeśli TAK jaką?. ...……
Sposób poruszania się ☐ samodzielny ☐ przy pomocy laski ☐ przy pomocy balkonika ☐ przy pomocy kul ☐ na wózku inwalidzkim ☐ wymaga wsparcia drugiej osoby
Czy wymaga pomocy w: ☐ utrzymaniu higieny osobistej ☐ spożywaniu posiłków ☐ poruszaniu się ☐ przyjmowaniu leków
Sposób dotarcia do placówki i powrotu: ☐ samodzielnie ☐ pod opieką osoby towarzyszącej Imię i nazwisko osoby towarzyszącej …….... nr telefonu…… Dodatkowe informacje dotyczące stanu zdrowia i funkcjonowania:

Zadanie publiczne dofinansowane
ze środków Samorządu
Województwa Mazowieckiego

Korona Seniora
OPIEKA. BEZPIECZEŃSTWO. SPOKÓJ

VI. INFORMACJA O STALE PRZYJMOWANYCH LEKACH PRZEZ UCZESTNIKA

Nazwa leku	Dawka	Godzina przyjmowania

VII. POZOSTALE INFORMACJE PRZYDATNE W FUNKCJONOWANIU W DZIENNYM DOMU POBYTU

Wykształcenie	
Doświadczenie zawodowe	
Zainteresowania i hobby	
Umiejętności	
Ulubione formy spędzania czasu	
Sytuacje, które mogą powodować stres, niepokój lub dyskomfort	

Zadanie publiczne dofinansowane
ze środków Samorządu
Województwa Mazowieckiego

Mazowsze dla organizacji pozarządowych
MCPS
Mazowsze. serce Polski

Korona Seniora
OPIEKA. BEZPIECZEŃSTWO. SPOKÓJ

VIII. ŹRÓDŁO INFORMACJI O PROJEKCIE

☐ Ośrodek Pomocy Społecznej	☐ Ulotka, plakat
☐ Biuro Projektu Korona Seniora	☐ Reklama na Facebooku/Instagramie
☐ Baner	☐ Znajomi
☐ Strona internetowa	☐ Inne, jakie?.....

WYMAGANE ZAŁĄCZNIKI

- Zaświadczenie lekarskie potwierdzające obecny stan zdrowia i określające stadium choroby Alzheimera
- Orzeczenie o niepełnosprawności jeśli jest stwierdzona

…….. ……..

(data i czytelny podpis uczestnika)

Zadanie publiczne dofinansowane
ze środków Samorządu
Województwa Mazowieckiego

Korona Seniora
OPIEKA. BEZPIECZEŃSTWO. SPOKÓJ

ANKIETA WSTĘPNA/ EWALUACYJNA NA TEMAT POZIOMU SPRAWNOŚCI UCZESTNIKA

1. Samodzielność w codziennym funkcjonowaniu

Obszar funkcjonowania	Samodzielnie	Wymaga częściowego wsparcia	Wymaga stałej pomocy
Wykonywanie zakupów	☐	☐	☐
Rozporządzanie finansami	☐	☐	☐
Przygotowywanie posiłków	☐	☐	☐
Samodzielne spożywanie posiłków	☐	☐	☐
Przyjmowanie leków	☐	☐	☐
Higiena osobista	☐	☐	☐
Ubieranie i rozbieranie	☐	☐	☐
Korzystanie z toalety	☐	☐	☐
Podstawowe prace domowe	☐	☐	☐

2. Sprawność ruchowa i manualna

	Obszar funkcjonowania bez trudności	Występują trudności	Wymaga wsparcia
Poruszanie się	☐	☐	☐
Chodzenie po schodach	☐	☐	☐
Spacery	☐	☐	☐
Schylanie się	☐	☐	☐
Sięganie po przedmioty	☐	☐	☐
Utrzymywanie równowagi	☐	☐	☐
Sprawność dłoni	☐	☐	☐
Pisanie	☐	☐	☐
Czytanie	☐	☐	☐

Zadanie publiczne dofinansowane ze środków Samorządu Województwa Mazowieckiego

Mazowsze dla organizacji pozarządowych MCPS Mazowsze. serce Polski

Korona Seniora
OPIEKA. BEZPIECZEŃSTWO. SPOKÓJ

3. Funkcjonowanie poznawcze i emocjonalne

Obserwowane trudności / objawy	**Nie występuje**	**Występuje okresowo**	**Występuje często**
Trudności z pamięcią	☐	☐	☐
Trudności z komunikacją	☐	☐	☐
Trudności z koncentracją	☐	☐	☐
Dezorientacja w czasie lub miejscu	☐	☐	☐
Zapominanie słów	☐	☐	☐
Obniżony nastrój	☐	☐	☐
Apatia	☐	☐	☐
Wycofanie społeczne	☐	☐	☐
Nerwowość lub niepokój	☐	☐	☐
Niechęć do codziennych aktywności	☐	☐	☐
Ryzyko zagubienia się/wychodzenia bez poinformowania	☐	☐	☐

Inne, jakie?.....

Data, ……

Imię i nazwisko osoby wykonującej ankietę: ……

Zadanie publiczne dofinansowane
ze środków Samorządu
Województwa Mazowieckiego

Mazowsze dla organizacji pozarządowych
MCPS
Mazowsze. serce Polski

Korona Seniora
OPIEKA. BEZPIECZEŃSTWO. SPOKÓJ

OŚWIADCZENIE

Wyrażam gotowość do aktywnego i regularnego uczestniczenia w zajęciach oraz oświadczam, że mój obecny stan zdrowia pozwala mi na pobyt i wzięcie udziału w zajęciach Dziennego Domu Pobytu „Korona Seniora" w Warszawie oraz, że nie mam żadnych przeciwwskazań zdrowotnych uniemożliwiających uczestnictwo.

Zgłaszam swoje uczestnictwo dobrowolnie i na własną odpowiedzialność.

……

(data i czytelny podpis uczestnika)

Zadanie publiczne dofinansowane
ze środków Samorządu
Województwa Mazowieckiego

Korona Seniora
OPIEKA. BEZPIECZEŃSTWO. SPOKÓJ

…….

(imię i nazwisko uczestnika)

…….

(imię i nazwisko opiekuna)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem Dziennego Domu Pobytu „Korona Seniora" w Warszawie z dnia 01 kwietnia 2026 r. i zobowiązuję się do jego przestrzegania. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że Projekt jest dofinansowany ze środków z budżetu Województwa Mazowieckiego. Jestem uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam, że dane zawarte w kwestionariuszu zgłoszeniowym uczestnika są zgodne z prawdą. Deklaruję uiszczanie opłaty miesięcznej za uczestnictwo w Projekcie zgodnie z obowiązującym cennikiem.

……

(data, czytelny podpis uczestnika)

…..……...

(data, czytelny podpis opiekuna)

Zadanie publiczne dofinansowane
ze środków Samorządu
Województwa Mazowieckiego

Korona Seniora
OPIEKA. BEZPIECZEŃSTWO. SPOKÓJ

KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH UCZESTNIKA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 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 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż:

1. Administratorem danych osobowych uczestnika jest Centrum Inwestycji Społecznych - Przedsiębiorstwo Społeczne S.p z o.o. , 03-149 Warszawa, ul. Osiedle 11.

2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w związku z realizowanym w interesie publicznym zadaniem wynikającym z ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej w celu udokumentowania Pani/Pana udziału w projekcie Dzienny Dom Pobytu „Korona Seniora" w Warszawie.

3. Wizerunek i dane osobowe uczestnika Dziennego Domu Pobytu „Korona Seniora" mogą być umieszczane na stronie internetowej Domu: http://www.koronaseniora..pl/ oraz na Facebooku i innych portalach społecznościowych po podpisaniu przez uczestnika „zgody na rozpowszechnianie wizerunku".

4. Dane przechowywane są przez okres niezbędny do realizacji celu do jakiego zostały zebrane zgodnie z terminami archiwizacji wynikającymi z ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.

5. W szczególnych sytuacjach Administrator może przekazać/powierzyć dane osobowe innym podmiotom. Podstawą przekazania/powierzenia danych są przepisy prawa lub właściwie skonstruowane, zapewniające bezpieczeństwo danym osobowym, umowy powierzenia przetwarzania danych.

6. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

7. W granicach i na zasadach opisanych w przepisach prawa, przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania (poprawiania), usunięcia, ograniczenia przetwarzania. Ponadto posiada Pani/Pan prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych (szczegóły na stronie https://uodo.gov.pl).

8. Podanie danych osobowych jest dobrowolne. Brak podania danych skutkować będzie brakiem możliwości udziału w projekcie.

……

(data, czytelny podpis uczestnika)

Zadanie publiczne dofinansowane
ze środków Samorządu
Województwa Mazowieckiego

Mazowsze dla organizacji pozarządowych
MCPS
Mazowsze. serce Polski

Korona Seniora
OPIEKA. BEZPIECZEŃSTWO. SPOKÓJ

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA ROZPOWSZECHNIANIE WIZERUNKU

Ja, niżej podpisany/a …..... (czytelnie imię i nazwisko)

PESEL .....,….jako uczestnik działań podejmowanych przez Centrum Inwestycji Społecznych Przedsiębiorstwo Społeczne S.p z o.o. , na podstawie przepisu art. 81 ust. 1 ustawy z dnia 04 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (tj. Dz. U. z 2022 r. poz. 2509) wyrażam zgodę na nieodpłatne, nieograniczone czasowo, ilościowo i terytorialnie używanie, rozpowszechnianie i przetwarzanie mojego wizerunku bez konieczności każdorazowego zatwierdzania przez Centrum Inwestycji Społecznych Przedsiębiorstwo Społeczne S.p z o.o., z siedzibą w Brzozowej 23, 27-515 Tarłów, wpisane do rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Kielcach X Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem **KRS: 0000766248, NIP: 8631702767, REGON: 382287072.**

Przedmiotowa zgoda jest jednoznaczna z tym, iż fotografie, filmy, nagrania lub inne materiały wykonane m.in. podczas zajęć terapeutycznych, imprez integracyjnych, wycieczek, wyjazdów, szkoleń i spotkań będą wykorzystane do celów informacyjnych i promocyjnych Centrum Inwestycji Społecznych Przedsiębiorstwo Społeczne S.p z o.o., a także mogą być umieszczane na stronie internetowej http://www.koronaseniora.pl i w mediach społecznościowych Domu Opieki “Korona Seniora”

…….

(data, czytelny podpis uczestnika)

Zadanie publiczne dofinansowane ze środków Samorządu Województwa Mazowieckiego

Mazowsze dla organizacji pozarządowych MCPS Mazowsze. serce Polski