



**KARTA ZGŁOSZENIOWA MIESZKAŃCA
DOMU SENIORA „WILLMANNOWA POKUSA”
W KRZESZOWIE**

I. Dane osobowe Mieszkańca

1. Imię i nazwisko

2. Data urodzenia

3. Adres zamieszkania

4. Przewidywany czas pobytu*:

pobyt czasowy od do

pobyt stały

5. Pobyt w pokoju*:

jednoosobowym

dwuosobowym

wieloosobowym

II. Dane osoby sprawującej opiekę faktyczną lub przedstawiciela ustawowego

1. Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Telefon kontaktowy

e-mail

III. Informacje dodatkowe

1. Stopień samodzielności Mieszkańca:

załatwia potrzeby fizjologiczne samodzielnie

potrzebuje pomocy opiekuna przy załatwianiu potrzeb fizjologicznych

używa pieluch/podkładów

cewnik

inne (jakie?):

2. Jedzenie

- je samodzielnie
- wymaga pomocy przy jedzeniu
- inne (jakie?):

3. Ubieranie

- ubiera się samodzielnie
- wymaga pomocy przy ubieraniu
- inne (jakie?):

IV. Stan zdrowia – choroby, dieta, proszę wymienić:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

V. Oświadczenia

1. Oświadczam, że podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym.
2. Oświadczam, że zobowiązuje się do przestrzegania zasad i przepisów obowiązujących w Domu Seniora „Willmanowa Pokusa”.
3. Oświadczam, że zobowiązuję się do pokrycia kosztów pobytu w Domu Seniora zgodnie z obowiązującym cennikiem.
4. Działając na podstawie art. 23 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. 2015 r. poz. 2135, 2281) oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Dom Seniora „Willmannowa Pokusa” danych osobowych, w związku z ubieganiem się o przyjęcie Mieszkańca do Domu. Administratorem danych osobowych będzie wyłącznie Dom Seniora „Willmannowa Pokusa”, który wykorzystywać będzie je samodzielnie przy działaniach związanych z ubieganiem się przez wnioskodawcę o przyjęcie do Domu, realizacją procedury przyjęcia i świadczenia usług wobec Mieszkańca. Wnioskodawcy przysługuje prawo wglądu do jego danych oraz ich poprawiania, a podanie danych przez wnioskodawcę jest dobrowolne.

Data i podpis Mieszkańca / Przedstawiciela*

.....

KWALIFIKACJA MIESZKAŃCA (wypełnia Dom Seniora):

- OSOBA SAMODZIELNA
- OSOBA NIESAMODZIELNA

Data i podpis - Dom Seniora

Data i podpis Mieszkańca / Przedstawiciela*

.....

.....

**właściwe podkreślić/zaznaczyć*