

Oświadczenie

Opiekun oświadcza, że członkami najbliższej rodziny Pensjonariuszki są:

1)

imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, adres

.....

telefon

2)

imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, adres

.....

telefon

.....

miejsowość i data, podpis

Dokumenty i wyprawka pensjonariuszki

1. Dokumenty:

dowód osobisty,

legitymacja ZUS,

wypełniony wniosek o przyjęcie,

w przypadku ubezwłasnowolnienia:

- orzeczenie sądu o ubezwłasnowolnieniu,
- zgoda sądu na umieszczenie w Zakładzie,
- oświadczenie, kto jest opiekunem prawnym,

dokumentacja medyczna (nazwa dokumentu oraz zaznaczyć: oryginał czy kopia)

wyniki aktualnych badań

wykaz aktualnie przyjmowanych leków,

orzeczenie o niepełnosprawności.

2. Wyprawka:

kołdra, poduszka,

bielizna pościelowa 2 komplety,

ręczniki 4 średnie,

odzież całodzienna 2 zestawy,

bielizna dzienna 4 komplety,

bielizna nocna 4 komplety,

obuwie 2 pary.

.....
miejsowość i data, podpis

Załącznik nr 2 do Umowy o sprawowanie opieki z dnia

Oświadczenia Pacjenta o upoważnieniu/odmowie upoważnienia do udostępniania dokumentacji medycznej

Ja

Numer PESEL

Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej w Zakładzie Opieki dla Chronicznie Chorych Kobiet oraz podejmowania decyzji o moim pobycie i liczeniu szpitalnym w razie pogorszenia się mojego stanu zdrowia.

Upoważniam

.....

Numer PESEL

do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej przechowywanej w Zakładzie Opieki dla Chronicznie Chorych Kobiet oraz podejmowania decyzji o moim pobycie i leczeniu szpitalnym w razie pogorszenia się mojego stanu zdrowia.

.....

miejsowość i data, podpis

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych pensjonariuszki

Ja niżej podpisana (imię i nazwisko pensjonariuszki)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (imię, nazwisko, nazwisko rodowe, data i miejsce urodzenia, stan cywilny, numer PESEL, adres zameldowania i zamieszkania, imiona rodziców, seria i numer dowodu osobistego, NIP, narodowość, wyznanie, imię współmałżonka, wykształcenie, zawód, numer emerytury lub renty, dane zdrowotne, stan psychiczno-fizyczny, kopia dowodu osobistego, kopia odcinka emerytury lub renty, kopia legitymacji emeryta lub rencisty) przez **Zakład dla Chronicznie Chorych Kobiet ul. Żywiczna 40 03-179 Warszawa**, w trybie art. 6 ust. 1 lit. a) 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) Dz. U. UE . L. 2016.119.1 z dnia 4 maja 2016r, zwanego dalej RODO.

.....
Data i podpis pensjonariuszki/opiekuna*

KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH PENSJONARIUSZKI

1. Administratorem danych osobowych jest: **Zakład dla Chronicznie Chorych Kobiet ul. Żywiczna 40 03-179 Warszawa.**
2. Cel przetwarzania danych osobowych: **Realizacja zadań statutowych zakładu.**
3. Podstawa prawna do przetwarzania danych osobowych:
Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz. Urz. UE. L nr 119, str. 1).
4. Informujemy, że przysługuje Pani prawo dostępu do treści swoich danych, prawo ich poprawiania, a także prawo sprzeciwu i żądania zaprzestania przetwarzania i usunięcia swoich danych osobowych, przy uwzględnieniu innych przepisów prawa.
5. Żądanie zaprzestania przetwarzania danych osobowych skutkuje brakiem możliwości korzystania z opieki ośrodka. Życzenia zmian mają mieć formę pisemną.
6. Dane osobowe będą przetwarzane i przechowywane w formie papierowej i elektronicznej. Okres przechowywania danych osobowych regulują inne przepisy prawa.
7. Informujemy, że przysługuje prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, w przypadku gdy przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z przedłożoną wyżej klauzulą informacyjną.

**niepotrzebne skreślić*

.....
Podpis pensjonariuszki/opiekuna*

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych opiekuna

Ja niżej podpisana/y opiekun (imię i nazwisko)

pensjonariuszki (imię i nazwisko)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (imię, nazwisko, data i miejsce urodzenia, adres zameldowania i zamieszkania, seria i numer dowodu osobistego lub paszportu, numer PESEL, pokrewieństwo lub podstawa prawna do opieki, numer telefonu kontaktowego, inne formy kontaktu, wykształcenie, zawód) przez **Zakład dla Chronicznie Chorych Kobiet ul. Żywiczna 40 03-179 Warszawa**, w trybie art. 6 ust. 1 lit. a) 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) Dz. U. UE . L. 2016.119.1 z dnia 4 maja 2016r, zwanego dalej RODO.

.....
Data i podpis opiekuna wyrażającego zgodę

KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCHOPIEKUNA

1. Administratorem danych osobowych jest: **Zakład dla Chronicznie Chorych Kobiet ul. Żywiczna 40 03-179 Warszawa.**
2. Cel przetwarzania danych osobowych: **Realizacja zadań statutowych zakładu.**
3. Podstawa prawna do przetwarzania danych osobowych:
Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz. Urz. UE. L nr 119, str. 1).
4. Informujemy, że przysługuje Panu/Pani prawo dostępu do treści swoich danych, prawo ich poprawiania, a także prawo sprzeciwu i żądania zaprzestania przetwarzania i usunięcia swoich danych osobowych, przy uwzględnieniu innych przepisów prawa.
5. Żądanie zaprzestania przetwarzania danych osobowych skutkuje brakiem możliwości korzystania z opieki ośrodka przez pensjonariuszki. Życzenia zmian mają mieć formę pisemną.
6. Dane osobowe będą przetwarzane i przechowywane w formie papierowej i elektronicznej. Okres przechowywania danych osobowych regulują inne przepisy prawa.
7. Informujemy, że przysługuje prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, w przypadku gdy przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z przedłożoną wyżej klauzulą informacyjną.

.....
Podpis opiekuna

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych osóbdo kontaktu/ osoby odpowiedzialnej za pogrzeb^{*}

Ja niżej podpisana/y (imię i nazwisko)

Stopień pokrewieństwa/rodzaj znajomości

Pensjonariuszki (imię i nazwisko)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (imię, nazwisko, stopień pokrewieństwa/ znajomość, adres, seria i numer dowodu osobistego, numer PESEL, numer telefonu kontaktowego) przez **Zakład dla Chronicznie Chorych Kobiet ul. Żywiczna 40 03-179**

Warszawa, w trybie art. 6 ust. 1 lit. a) 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) Dz. U. UE . L. 2016.119.1 z dnia 4 maja 2016r; zwanego dalej RODO.

.....
Data i podpis opiekuna wyrażającego zgodę

KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCHOPIEKUNA

1. Administratorem danych osobowych jest: **Zakład dla Chronicznie Chorych Kobiet ul. Żywiczna 40 03-179 Warszawa.**
2. Cel przetwarzania danych osobowych: **Realizacja zadań statutowych zakładu.**
3. Podstawa prawna do przetwarzania danych osobowych:
Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz. Urz. UE. L nr 119, str. 1).
4. Informujemy, że przysługuje Panu/Pani prawo dostępu do treści swoich danych, prawo ich poprawiania, a także prawo sprzeciwu i żądania zaprzestania przetwarzania i usunięcia swoich danych osobowych, przy uwzględnieniu innych przepisów prawa.
5. Żądanie zaprzestania przetwarzania danych osobowych skutkuje brakiem możliwości korzystania z opieki ośrodka przez pensjonariuszki. Życzenia zmian mają mieć formę pisemną.
6. Dane osobowe będą przetwarzane i przechowywane w formie papierowej i elektronicznej. Okres przechowywania danych osobowych regulują inne przepisy prawa.
7. Informujemy, że przysługuje prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, w przypadku gdy przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z przedłożoną wyżej klauzulą informacyjną.

*niepotrzebne skreślić

.....
Data i podpis osoby wyrażającej zgodę

ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU PENSJONARIUSZKI

Imię i nazwisko pensjonariuszki

PESEL

Oświadczam, że wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na nieograniczone czasowo i bezpłatne przetwarzanie danych osobowych w zakresie mojego wizerunku*/wizerunku pensjonariuszki* przez Zakład dla Chronicznie Chorych Kobiet ul. Żywiczna 40 w Warszawie i umieszczanie go: w mass mediach, na stronie internetowej, na terenie zakładu, w albumach fotograficznych, zarejestrowany podczas pobytu w zakładzie i na zajęciach poza zakładem w trybie art. 6 ust. 1 lit.a i art. 9 ust. 2. lit.a 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) Dz. U. UE. L. 2016.119.1 z dnia 4 maja 2016r, zwanego RODO.*

KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH (WIZERUNKU) PENSJONARIUSZKI

1. Administratorem danych osobowych jest: **Zakład dla Chronicznie Chorych Kobiet ul. Żywiczna 40 w Warszawie**, który przetwarza dane pensjonariuszki zgodnie z art. 6 ust.1 lit.a i art. 9 ust. 2. lit.a RODO.
2. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych Osobowych e-mail: **inspektorodo.felicjanki@wp.pl**
3. Cel przetwarzania danych osobowych: **Promocja i realizacja zadań zakładu.**
4. Informujemy, że przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do danych osobowych, a także prawo sprzeciwu i żądania zaprzestania przetwarzania i usunięcia danych osobowych pensjonariuszki (wizerunku), przy uwzględnieniu innych przepisów prawa. Żądania zmian mają mieć formę pisemną.
5. Dane osobowe (wizerunek) pensjonariuszki przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji celu określonego w pkt. 3, przy uwzględnieniu innych przepisów prawa.
6. Przysługuje Pani/Panu prawo cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych (wizerunku) pensjonariuszki w dowolnym momencie. Cofnięcie zgody ma mieć formę pisemną.
7. Dane osobowe (wizerunek) pensjonariuszki, będą przetwarzane i przechowywane w formie elektronicznej i papierowej.
8. Informujemy, że przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, w przypadku gdy przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO, art. 77 RODO.

Jednocześnie oświadczam, że zapoznałam/em się z przedłożoną wyżej klauzulą informacyjną.

.....

Data i czytelny podpis pensjonariuszki lub opiekuna prawnego* osoby wyrażającej zgodę

*niepotrzebne skreślić