

**WNIOSEK
O PRYZNANIE POMOCY W FORMIE OPIEKI WYTCNIENIOWEJ
W RAMACH RESORTOWEGO PROGRAMU MINISTRA RODZINY PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ
„Opieka wytchnieniowa”-edycja 2019 r.**

Imię i nazwisko wnioskodawcy	
Adres zamieszkania	
Oświadczam, iż jestem członkiem rodziny/opiekunem bezpośrednio sprawującym opiekę nad : (zaznaczyć znakiem x właściwe)	Dzieckiem z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji. <input type="checkbox"/>
	Osobą dorosłą z orzeczonym znacznym stopniem niepełnosprawności. <input type="checkbox"/>

Wnioskuje o przyznanie w ramach modułu I programu usługi opieki wytchnieniowej:	
W miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>
Adres zamieszkania dziecka/osoby niepełnosprawnej :	
Wnioskowana ilość godzin opieki wytchnieniowej :	

<u>Do wniosku dołączam</u> :(zaznaczyć znakiem x)	
1) Orzeczenie o niepełnosprawności/stopniu niepełnosprawności	<input type="checkbox"/>
2) Kartę oceny stanu pacjenta wg. zmodyfikowanej skali Barthel zał.nr.6 do programu	<input type="checkbox"/>
3) Oświadczenie (wypełnia wyłącznie pełnoletnia osoba niepełnosprawna)	<input type="checkbox"/>
1.Oświadczam ,że dziecko niepełnosprawne /osoba niepełnosprawna korzysta / nie korzysta z innych form usług :	
a) w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej ,	
b) w ośrodku wsparcia, domu pomocy społecznej jako zorganizowanej usługi.	
(właściwe podkreślić)	
2.Oświadczam, iż wszystkie dane podane we wniosku są prawdziwe.	
3.W przypadku zmian mających wpływ na prawo do pomocy w formie opieki wytchnieniowej zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Ośrodka Pomocy Społecznej w Dzwoli	
Data.....	Czytelny podpis wnioskodawcy.....



POUCZENIE

1. W roku 2019 ustala się limit 240 godzin dla opieki wytchnieniowej w formach, o których mowa w module I i III programu „Opieka wytchnieniowa” dla członka rodziny lub opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad dzieckiem / osobą niepełnosprawną.
2. Dzieci z orzeczoną niepełnosprawnością oraz osoby niepełnosprawne, o których mowa powyżej, którym przyznano pomoc w postaci usług opieki wytchnieniowej nie powinny ponosić odpłatności za usługi przyznane w ramach Programu, w wymiarze o którym mowa w pkt 1.

Usługa opieki wytchnieniowej finansowana jest ze środków pochodzących z Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych na dofinansowanie Zadania w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2019

Szczegółowa klauzula informacyjna – obowiązek informacyjny z art. 13 RODO

Przetwarzanie danych osobowych w związku z wnioskiem o przyznanie pomocy w formie opieki wytchnieniowej w ramach resortowego programu „Opieka wytchnieniowa”

1. Administratorem Danych Osobowych jest Ośrodek Pomocy Społecznej w Dzwoli, Adres: Dzwola 168, 23-304 Dzwola, kontakt: tel. 15 8752533, e-mail: opsdzwola@wp.pl
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych. Kontakt: iod@rodokontakt.pl
3. Administrator przetwarza dane osobowe w celu realizacji wniosku o przyznanie pomocy wytchnieniowej.
4. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych przez Administratora jest wypełnienie obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze- art. 6 ust. lit. „c” i art. 9 ust. 2 lit „ b” RODO.
5. Administrator może przekazać dane osobowe jedynie uprawnionym z mocy prawa organom czy podmiotom i tylko w dopuszczalnym prawnie zakresie w tym Wójtowi Gminy Dzwola oraz właściwemu Ministrowi.
6. Administrator będzie przetwarzał dane osobowe przez okres wynikający z właściwych przepisów dziedzinowych i z uwagi na odpowiadającą danym kategorię archiwalną.
7. Każdej osobie, której dane są przetwarzane przysługują następujące prawa:
 - a. do dostępu do swoich danych;
 - b. do sprostowania swoich danych;
 - c. do ograniczenia przetwarzania swoich danych;
 - d. do wniesienia skargi do organu nadzorczego: Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8. Dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani do profilowania.
9. Dane osobowe nie będą przetwarzane poza UE.
10. Podanie danych osobowych jest niezbędne do rozpatrzenia niniejszego wniosku. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości rozpatrzenia wniosku oraz przyznania pomocy.

Podstawy prawne:

- Rozporządzenie 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 - RODO).
- Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.
- Właściwe przepisy dot. pomocy społecznej do przestrzegania których zobowiązany jest Administrator.

ZAPOZNAŁEM SIĘ:

.....
DATA

.....
IMIĘ I NAZWISKO



**Załącznik do wniosku
o przyznanie pomocy w formie opieki wytchnieniowej
w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny Pracy i Polityki Społecznej, „Opieka wytchnieniowa”-
edycja 2019**

W celu określenia zakresu wnioskowanej opieki wytchnieniowej oraz preferowanych przez wnioskodawcę dni tygodnia oraz godzin realizowanego wsparcia prosimy o uzupełnienie załącznika do wniosku

Dni tygodnia w których ma być realizowana pomoc w formie opieki wytchnieniowej oraz wnioskowany okres realizacji	
Preferowane godziny świadczenia opieki wytchnieniowej w miejscu zamieszkania	
ZAKRES OCZEKIWANEJ POMOCY W FORMIE OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ (należy wskazać niezbędne czynności)	

Pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych osoby niepełnosprawnej
Opieka higieniczna oraz zalecana przez lekarza pielęgnacja osoby niepełnosprawnej
Zapewnienie kontaktów z otoczeniem osoby niepełnosprawnej



OŚWIADCZENIE

(wypełnia wyłącznie pełnoletnia osoba niepełnosprawna)

Ja niżej podpisana/a
(imię i nazwisko)

zamieszkała/ty w
(miejscowość, kod pocztowy, ulica numer domu/mieszkania)

Oświadczam , że wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody na świadczenie usług opieki wytchnieniowej w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „ Opieka wytchnieniowa ” – edycja 2019 r. w miejscu mojego zamieszkania.

***właściwe należy podkreślić**

Data.....

Czytelny podpis.....

