**WNIOSEK**

**O PRZYZNANIE POMOCY W FORMIE OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ**

**W RAMACH RESORTOWEGO PROGRAMU MINISTRA RODZINY PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ „ Opieka wytchnieniowa ”-edycja 2019 r. który jest finansowany ze środków Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych**

|  |  |
| --- | --- |
| **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. |
| Osobą dorosłą z orzeczonym znacznym stopniem niepełnosprawności. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Wnioskuję o przyznanie w ramach modułu I programu usługi opieki wytchnieniowej** :  **(właściwe zaznaczyć znakiem x )** | |
| W miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej | | W Domu Pomocy Społecznej jako zorganizowanej usługi | |
| Adres zamieszkania osoby niepełnosprawnej : | | Adres Domu Pomocy Społecznej:  **DPS w Kiełczewicach, Kiełczewice Maryjskie 86, 23-107 Kiełczewice Maryjskie** | |
| Wnioskowana ilość godzin opieki wytchnieniowej : | | Wnioskowana ilość godzin opieki wytchnieniowej: | |

|  |
| --- |
| Do wniosku dołączam :(zaznaczyć znakiem x)  1) Orzeczenie o niepełnosprawności/stopniu niepełnosprawności  2) Kartę oceny stanu pacjenta wg. zmodyfikowanej skali Barthel zał.nr.6 do programu  3) Oświadczenie (wypełnia wyłącznie pełnoletnia osoba niepełnosprawna)  **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 Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Garbowie  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.*

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

*Na podstawie art. 13 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), publ. Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1 informujemy, iż:*

***1.Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Garbowie reprezentowany przez Kierownika (adres: 21-080 Garbów, ul. Krakowskie Przedmieście 54, telefon kontaktowy: 81 501-80-25, e-mail: gopsgarbow@garbow.pl).***

*2.W sprawach z zakresu ochrony danych osobowych może* ***Pani/Pana*** *kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail:* ***inspektor@cbi24.pl****.*

*3. Administrator danych osobowych – Kierownik Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Garbowie przetwarza* ***Pani/Pana*** *dane osobowe na* ***podstawie obowiązujących przepisów prawa, zawartych umów oraz na podstawie udzielonej zgody (jeśli dotyczy).***

***Pani/Pana*** *dane osobowe przetwarzane są w celu:*

1. *wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Garbowie art. 6 ust. 1 lit. c) ww. Rozporządzenia;*
2. *realizacji umów zawartych z kontrahentami art. 6 ust. 1 lit. b) ww. Rozporządzenia;*
3. *w pozostałych przypadkach Państwa dane osobowe przetwarzane są wyłącznie na podstawie wcześniej udzielonej zgody w zakresie i celu określonym w treści zgody art. 6 ust. 1 lit. a) ww. Rozporządzenia.*

*4.Dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach odrębnych, w tym przepisów archiwalnych.*

*5.Odbiorcami* ***Pani/Pana*** *danych będą organy władzy publicznej, podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej oraz podmioty, które na podstawie zawartych umów przetwarzają dane osobowe w imieniu Administratora.*

*7.Osoba, której dane dotyczą ma prawo do:*

*– dostępu do treści swoich danych oraz możliwości ich poprawiania, sprostowania, ograniczenia przetwarzania, a także – w przypadkach przewidzianych prawem – prawo do usunięcia danych i prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych.*

*– wniesienia skargi do organu nadzorczego w przypadku gdy przetwarzanie danych odbywa się z naruszeniem przepisów powyższego rozporządzenia tj****. Prezesa Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa****.*

***Ponadto informujemy, iż w związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych nie podlega Pan/Pani decyzjom, które się opierają wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu, o czym stanowi art. 22 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych***

*W Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Garbowie powołany został*

*Inspektor Ochrony Danych:*

***Ireneusz Grzyb***

*kontakt email:* [***inspektor@cbi24.pl***](mailto:inspektor@cbi24.pl)

***Jeśli ma Pani/Pan pytania dotyczące sposobu i zakresu przetwarzania Pani/Pana danych osobowych przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Garbowie, a także przysługujących Pani/Panu uprawnień, może się Pani/Pan skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych.***

**Załącznik do wniosku**

**o przyznanie pomocy w formie opieki wytchnieniowej**

**w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny Pracy i Polityki Społecznej „ Opieka wytchnieniowa ” - edycja 2019 który jest finansowany ze środków Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych**

*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** |
|  |