**WNIOSEK**

**O PRZYZNANIE POMOCY W FORMIE OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ**

**W RAMACH RESORTOWEGO PROGRAMUMINISTRA 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. |
| Osobą dorosłą z orzeczonym znacznym stopniem niepełnosprawności. |

|  |
| --- |
| **Wnioskuję o przyznanie w ramach modułu I Programu usługi opieki wytchnieniowej**: |
| W miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej |
| Adres zamieszkania dziecka/osoby niepełnosprawnej : |
| Wnioskowana ilość godzin opieki wytchnieniowej : |

|  |
| --- |
| **Do wniosku dołączam :(**zaznaczyć znakiem x)1) Orzeczenie o niepełnosprawności/stopniu niepełnosprawności2) 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 Ośrodka Pomocy Społecznej w LubartowieData…………………………………………. 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 realizację Zadania
w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2019***

***Karta informacyjna RODO***

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), Dz. U. UE. L. 119 z 4 maja 2016 r. (zwanym dalej „RODO”) wraz ze sprostowaniem z dnia 19.04.2018 r. oraz Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2018 poz. 1000), informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Ośrodek Pomocy Społecznej w Lubartowie, ul. Lubelska 18A, 21-100 Lubartów,
2. Inspektorem Ochrony Danych w Ośrodku Pomocy Społecznej w Lubartowie jest Pani Magdalena Lenart dostępny pod adresem email: **inspektor@cbi24.pl**
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji wniosku o świadczenie usług opieki wytchnieniowej,
4. podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 6 ust 1 pkt c RODO wspomnianego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. tj. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze.
5. Pani/Pana dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom, które przetwarzają je na zlecenie administratora tzw. Podmiotom przetwarzającym (podmioty świadczące usługi prowadzenia programu, usługi informatyczne, telekomunikacyjne, pocztowe i inne). Ponadto Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane
i udostępniane podmiotom upoważnionym z mocy prawa, gdy wystąpią z takim żądaniem w oparciu o stosowną podstawę prawną,
6. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.
W przypadku zaistnienia takiej konieczności zostanie Pani/Pan poinformowany o tym fakcie odrębnym pismem,
7. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania wskazanych w pkt. 3, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach o archiwizacji.
8. Posiada Pani/Pan:
	* na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
	* na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych (skorzystanie z prawa do sprostowania nie może skutkować zmianą wyniku postępowania o udzielenie zamówienia publicznego ani zmianą postanowień umowy w zakresie niezgodnym z ustawą Pzp oraz nie może naruszać integralności protokołu oraz jego załączników);
	* na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych
	z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO (prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego);
	* prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pani/Pana, narusza przepisy RODO,
9. Nie przysługuje Pani/Panu:
* w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
* prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
* na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO.
1. ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pani/Pana, narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia2016r.,
2. podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest warunkiem podpisania wniosku o świadczenie usługi opieki wytchnieniowej.
3. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

ZAPOZNAŁEM SIĘ:

 Data…………………………………………. Czytelny podpis ………………………..………………………………………………

**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**  |
|  |

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

**OŚWIADCZENIE**

**(wypełnia wyłącznie pełnoletnia osoba niepełnosprawna )**

Ja niżej podpisana/a ……………………………………………………………………………………………………………………………

*(imię i nazwisko)*

zamieszkała/ły 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………………………………………………………

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