**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 Matczyn 24-200 Bełżyce Matczyn 4** |
| Wnioskowana ilość godzin opieki wytchnieniowej : | 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 Bełżycach 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.*

***Karta informacyjna***

***dotyczy bezpośredniego zbierania danych***

***Zgodnie z 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 (RODO)***

***informujemy, że:***

*1.Administratorem Pana/Pani danych osobowych ( oraz danych członków rodziny wnioskodawcy w tym małoletnich dzieci )jest Ośrodek Pomocy Społecznej w Bełżycach z siedzibą w: 24-200 Bełżyce, ul. Fabryczna 2b, tel. 81 517 24 68, adres e-mail: ops@opsbelzyce.pl*

*2.Inspektorem Ochrony Danych jest Pan Jarosław Czerw, adres e-mail: iodo@belzyce.pl, adres do korespondencji: Ośrodek Pomocy Społecznej, 24-200 Bełżyce, ul. Fabryczna 2b.*

*3. Pana/i dane osobowe ( oraz danych członków rodziny wnioskodawcy w tym małoletnich dzieci )będą przetwarzane na podstawie przepisów prawa - zgodnie z Rejestrem Czynności Przetwarzania Danych obowiązującym w Ośrodku Pomocy Społecznej w Bełżycach.*

*4.Odbiorcami Pana/i danych osobowych( oraz danych członków rodziny wnioskodawcy w tym małoletnich dzieci ) będą odbiorcy - zgodnie z Rejestrem Czynności Przetwarzania Danych obowiązującym w Ośrodku Pomocy Społecznej w Bełżycach.*

*5. Pana/i dane osobowe ( oraz dane członków rodziny wnioskodawcy w tym małoletnich dzieci )przechowywane będą przez okres - zgodnie z Rejestrem Czynności Przetwarzania Danych obowiązującym w Ośrodku Pomocy Społecznej w Bełżycach.*

*6.Posiada Pan/i prawo ( oraz członkowie rodziny wnioskodawcy w tym małoletnich dzieci )do: żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania (jeśli przetwarzanie danych jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej Administratorowi - art. 6 ust. 1 lit. e RODO).*

*7.Przysługuje Panu/i prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.*

*8.Podanie Pana/i danych osobowych( oraz danych członków rodziny wnioskodawcy w tym małoletnich dzieci ) jest wymogiem wynikającym z przepisów obowiązującego prawa („wymóg ustawowy") - zgodnie z Rejestrem Czynności Przetwarzania Danych obowiązującym w Ośrodku Pomocy Społecznej w Bełżycach. Konsekwencją niepodania danych jest uniemożliwienie wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze lub uniemożliwienie wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi.*

*9. Pana/i dane osobowe( oraz danych członków rodziny wnioskodawcy w tym małoletnich dzieci ) nie będą poddane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji (w tym profilowaniu).*

*10. Pana/i dane osobowe ( oraz danych członków rodziny wnioskodawcy w tym małoletnich dzieci )nie będą przekazane odbiorcy w państwie trzecim lub organizacji międzynarodowej.
11. Rejestr Czynności Przetwarzania Danych obowiązujący w Ośrodku Pomocy Społecznej w Bełżycach dostępny jest do wglądu w Ośrodku Pomocy Społecznej w Bełżycach, 24-200 Bełżyce, ul. Fabryczna 2b.*

**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**  |
|  |