

**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 orzecznym znacznym stopniem niepełnosprawności. <input type="checkbox"/>

**Wnioskuje o przyznanie w ramach modułu I programu usługi opieki wytchnieniowej:  
(właściwe zaznaczyć znakiem x )**

W miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej <input type="checkbox"/>	W Domu Pomocy Społecznej jako zorganizowanej usługi <input type="checkbox"/>
Adres zamieszkania dziecka/osoby niepełnosprawnej :	Adres Domu Pomocy Społecznej:
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 Ośrodka Pomocy Społecznej w .....

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

### Opieka wytchnieniowa

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia 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.U.UE. L. z 2016r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO” informuję, że:

- 1) Administratorem Państwa danych jest Ośrodek Pomocy Społecznej w Wojciechowie, Wojciechów 3, Tel/fax 81-517-79-95, ops@opswojciechow.pl
- 2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: inspektor@cbi24.pl lub pisemnie na adres Administratora.
- 3) Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu ustalenia prawa do świadczeń wynikających z ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych.
- 4) Podstawą przetwarzania Państwa danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO, w związku z realizacją programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2019. Podstawą przetwarzania danych jest również art. 6 ust. 1 lit. a RODO tj. wyrażona przez Państwa zgoda dla kategorii danych osobowych podanych dobrowolnie, to znaczy innych niż wymaganych przepisami prawa dla realizacji świadczenia.
- 5) Państwa dane będą przechowywane przez okres związany z realizacją świadczeń a następnie zgodnie z przepisami ustawy z 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach i wydanej na jej podstawie instrukcji archiwizacji jednostki.
- 6) Państwa dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym nie będą podlegać profilowaniu.
- 7) W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:
  - a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii
  - b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
  - c) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
  - d) prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
  - e) prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO);
- 8) Podanie przez Państwa danych osobowych wymaganych dla realizacji świadczenia na podstawie Ustawy jest obowiązkowe – nieprzekazanie danych skutkować będzie brakiem możliwości rozpatrzenia wniosku. Brak przekazania przez Państwa danych osobowych oznaczonych jako dobrowolne pozostaje bez wpływu na rozpatrzenie złożonego wniosku.
- 9) Państwa dane mogą zostać przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie zawartej przez jednostkę umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, w związku z realizacją przysługujących Państwu świadczeń, a także podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.



**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*

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

**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.....

