Załącznik nr 1

**WNIOSEK DO OŚRODKA / CENTRUM POMOCY SPOŁECZNEJ
DZIELNICY ………………………… M.ST. WARSZAWY**

**O USŁUGI OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ**

**realizowane w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2019**

**Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej**

# DANE WNIOSKODAWCY – OSOBY NIESAMODZIELNEJ LUB OPIEKUNA PRAWNEGO/KURATORA

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i Nazwisko** |  |
| **PESEL** |  |
| **Adres zamieszkania** |  |
| **Adres do korespondencji** |  |
| **Nr telefonu** |  |
| **e-mail** |  |

**Dane osoby niesamodzielnej - wypełnić, jeżeli Wnioskodawcą jest opiekun prawny/kurator**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i Nazwisko**  |  |
| **PESEL** |  |
| **Adres zamieszkania** |  |
| **Adres do korespondencji** |  |
| **Nr telefonu** |  |
| **Osoba niesamodzielna jest ubezwłasnowolniona częściowo** (tak/nie) |  |
| **Osoba niesamodzielna jest ubezwłasnowolniona całkowicie** (tak/nie) |  |
| **Osoba niesamodzielna jest niepełnoletnia** (tak/nie) |  |

# DANE OPIEKUNA OSOBY NIESAMODZIELNEJ – OSOBY FAKTYCZNIE SPRAWUJĄCEJ OPIEKĘ

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i Nazwisko** |  |
| **PESEL** |  |
| **Adres zamieszkania** |  |
| **Adres do korespondencji** |  |
| **Nr telefonu** |  |
| **e-mail** |  |

# WNIOSKOWANY WYMIAR USŁUG OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ

1. **Wypełnia Wnioskodawca – opiekun prawny osoby niepełnoletniej:**

**ZWRACAM SIĘ Z PROŚBĄ O PRZYZNANIE USŁUG OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ**

ze względu na sprawowanie przez opiekuna/członka rodziny bezpośredniej opieki nad 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

**w ramach Modułu I - opieka godzinowa w domu**[[1]](#footnote-1)

**Miejscowość i data: ………………………………… Czytelny podpis: ………………………………**

1. **Wypełnia Wnioskodawca - osoba niesamodzielna lub opiekun prawny/kurator osoby pełnoletniej:**

**ZWRACAM SIĘ Z PROŚBĄ O PRZYZNANIE USŁUG OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ**

ze względu na sprawowanie przez opiekuna/członka rodziny bezpośredniej opieki nad osobą ze znacznym stopniem niepełnosprawności (bądź równoważnym)

*proszę wstawić X przy wybranej pozycji*

Moduł I - Opieka godzinowa w domu[[2]](#footnote-2) \_\_\_\_\_\_

Moduł II - Pobyt w wymiarze 7 dni (mieszkania chronione) \_\_\_\_\_\_

Moduł II - Pobyt w wymiarze 14 dni (mieszkania chronione) \_\_\_\_\_\_

**Miejscowość i data: ………………………………… Czytelny podpis: ………………………………**

1. **Wypełnia opiekun faktyczny osoby niesamodzielnej**

**ZWRACAM SIĘ Z PROŚBĄ O PRZYZNANIE USŁUG OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ**

ze względu na sprawowanie bezpośredniej opieki nad osobą ze znacznym stopniem niepełnosprawności (bądź równoważnym)

**w ramach Modułu III - Usługi opieki wytchnieniowej w formie specjalistycznego poradnictwa psychologicznego lub terapeutycznego, nauki pielęgnacji, rehabilitacji i dietetyki[[3]](#footnote-3)**

*proszę wstawić X przy wybranej pozycji*

specjalistyczne poradnictwo psychologiczne lub terapeutyczne[[4]](#footnote-4) \_\_\_\_\_\_

nauka pielęgnacji \_\_\_\_\_\_

nauka rehabilitacji \_\_\_\_\_\_

nauka dietetyki \_\_\_\_\_\_

**Miejscowość i data: ………………………………… Czytelny podpis: ………………………………**

**Informacja dla Wnioskodawcy:**

* **Moduł I** - Usługi opieki wytchnieniowej w ramach **pobytu dziennego**

Usługa opieki wytchnieniowej realizowana w formie opieki godzinowej w domu osoby niesamodzielnej.

* **Moduł II** - Usługi opieki wytchnieniowej w ramach **pobytu całodobowego**

Usługa opieki wytchnieniowej realizowana w formie opieki całodobowej w mieszkaniach chronionych w ramach pobytu 7 lub 14 dniowego.

**Informacja dla opiekuna faktycznego osoby niesamodzielnej:**

* **Moduł III** - Usługi opieki wytchnieniowej **w formie specjalistycznego poradnictwa psychologicznego lub terapeutycznego, nauki pielęgnacji, rehabilitacji i dietetyki.**

Usługa opieki wytchnieniowej realizowana jest w formie specjalistycznego poradnictwa psychologicznego lub terapeutycznego, nauki pielęgnacji, rehabilitacji i dietetyki organizowanych przez Centrum Usług Społecznych „Społeczna Warszawa”.

# OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY

Oświadczam, że osoba wskazana jako opiekun jest (p*roszę wstawić* ***X*** *przy wybranej pozycji):*

1. opiekunem faktycznym \_\_\_\_\_
2. opiekunem prawnym \_\_\_\_\_
3. członkiem rodziny \_\_\_\_\_
4. inne ……………………… \_\_\_\_\_

sprawującym bezpośrednią opiekę nad: ……………………………………………………………………………………….

 *(imię i nazwisko osoby niesamodzielnej)*

**Miejscowość i data: ………………………………… Czytelny podpis: ………………………………**

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 §1 i §6 kk w zw. z art. 75 §2
i art. 83 § 3 kpa za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku zostały podane zgodnie z prawdą. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni od zaistnienia zmiany.

**Miejscowość i data: ………………………………… Czytelny podpis: ………………………………**

# OŚWIADCZENIE OPIEKUNA FAKTYCZNEGO OSOBY NIESAMODZIELNEJ

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Ośrodek/Centrum Pomocy Społecznej Dzielnicy ……………………… m.st. Warszawy oraz Centrum Usług Spolecznych „Społeczna Warszawa” w celu realizacji wniosku o świadczenie usług opieki wytchnieniowej w ramach Modułu III Programu „Opieka wychtnieniowa” – edycja 2019 Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

 **Miejscowość i data: ………………………………… Czytelny podpis: ………………………………**

*Klauzula Informacyjna dla opiekuna faktycznego stanowi załącznik do wniosku.*

# DO WNIOSKU DOŁĄCZAM:

*Proszę wstawić* ***X*** *przy wybranej pozycji.*

1. Orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności (bądź równoważne) / orzeczenie
o niepełnosprawności \_\_\_\_\_\_
2. Kartę oceny stanu pacjenta wg skali Barthel \_\_\_\_\_\_
3. Inne, jakie: …………………………………………………………………… \_\_\_\_\_\_

**Miejscowość i data: ………………………………… Czytelny podpis: ………………………………**

**Informacja dla Wnioskodawcy:**

* złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem usług,
* wnioski rozpatrywane są w roku złożenia i nie przechodzą na kolejne lata.

Wg założeń Programu **pierwszeństwo** w skorzystaniu z usług opieki wytchnieniowej przysługuje członkowi rodziny lub opiekunowi sprawującemu bezpośrednią opiekę nad osobą, której uzupełniono Kartę oceny stanu pacjenta wg skali Barthel, a wynik badania wyniósł od 0 do 40 punktów i dotyczy:

* dzieci niepełnosprawnych z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub 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;
* osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności, które są całkowicie niesamodzielne.

**Załącznik do wniosku**

**Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych dla opiekuna faktycznego**

Wypełniając obowiązek informacyjny, stosownie do wymogów 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) ("**RODO**") informujemy o tym, że wspólnie przetwarzamy Państwa dane osobowe oraz informujemy o zasadniczej treści wspólnych uzgodnień Stron.

Współadministratorami Pani/Pana danych osobowych są:

1. Ośrodek / Centrum Pomocy Społecznej Dzielnicy …………..…….. m.st. Warszawy z siedzibą w ......................................, adres: ul. ....................................., więcej możesz dowiedzieć się na stronie ........................................

**(dalej „OPS” lub „CPS”)**

1. Centrum Usług Społecznych „Społeczna Warszawa” z siedzibą w Warszawie, adres:
ul. Z. Nałkowskiej 11, 01-886 Warszawa, więcej możesz dowiedzieć się na stronie:

<http://www.centrumuslugspolecznych.um.warszawa.pl>

**(dalej „CUS")**

1. OPS/CPS i CUS wspólnie administrują Pani/Pana danymi osobowymi **w celu realizacji wniosku o świadczenie usług opieki wytchnieniowej w ramach Modułu III Programu „Opieka wychtnieniowa” – edycja 2019 Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej**, a także po ustaniu celu przetwarzania, w późniejszym okresie - w celach archiwalnych i statystycznych, a także w celu ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń pomiędzy Pani/Pana a OPS/CPS i CUS, co jest prawnie uzasadnionym interesem OPS/CPS i CUS.

II. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być podmioty, którym OPS/CPS i CUS powierzyli przetwarzanie danych, w zakresie niezbędnym do prawidłowej realizacji powierzonych im zadań, a w szczególności: Wykonawcy usług opiekuńczych (specjalistycznych usług opiekuńczych), dostawcy usług informatycznych i administracyjnych współpracujący z CUS i/lub OPS/CPS.

III. Planujemy przechowywać Pani/Pana dane przez okres wymagany przepisami prawa z zakresu archiwizacji.

IV. Ma Pani/Pana prawo dostępu do swoich danych osobowych, żądania sprostowania swoich danych osobowych lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych w oparciu o zgodę, ma Pani/Pan także prawo żądania usunięcia Pani/Pana danych (prawo do bycia zapomnianym), bez wpływu na legalność przetwarzania Pani/Pana danych przed złożeniem żądania.

V. Przysługuje Pani/Pana prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

VI. Przetwarzanie danych osobowych przez OPS/CPS i CUS jest niezbędne do udzielania i realizacji świadczeń pomocy społecznej oraz podejmowania innych działań mających za zadanie tworzenie warunków umożliwiających mieszkańcom m.st. Warszawy samodzielne funkcjonowanie w miejscu zamieszkania. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych, w związku z realizacją statutowych zadań wynikających z przepisów prawa, w tym ustawy o pomocy społecznej, jest art. 6 ust. 1 lit. c, e RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO. Podanie danych osobowych nie jest obowiązkowe, jednak jest konieczne do realizacji wskazanych celów. W przypadku zgody wyrażonej w związku z uczestnictwem w **usłudze opieki wytchnieniowej w ramach Modułu III Programu „Opieka wychtnieniowa” – edycja 2019 Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej,** dane osobowe są przetwarzane na podstawie dobrowolnie wyrażonej zgody (art. 6 ust. 1 lit. a RODO, art. 9 ust. 2 lit. a RODO).

VII. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych również informujemy, że:

a. OPS/CPS i CUS oświadczają, że przetwarzają Pani/Pana dane osobowe zgodnie z zasadami dotyczącymi przetwarzania danych osobowych określonymi w art. 5 RODO.

b. OPS/CPS i CUS przechowuje wszelką dokumentację dotyczącą współadministrowania, dla potrzeb spełnienia wymogu rozliczalności, przy czym każdy ze współadministratorów przechowuje dokumentację ograniczoną do jego zakresu działalności.

c. OPS/CPS i CUS nie przekazują Pani/Pana danych osobowych poza Europejski Obszar Gospodarczy.

d. OPS/CPS i CUS zobowiązują się do ograniczenia dostępu do Pani/Pana danych osobowych wyłącznie do osób, których dostęp do danych osobowych jest potrzebny dla realizacji wyżej wymienionych celów. Dodatkowo OPS/CPS i CUS zapewniają, że do przetwarzania danych osobowych dopuszczają wyłącznie osoby, które mają imienne upoważnienie nadane przez OPS/CPS i CUS oraz, że osoby dopuszczone do przetwarzania danych osobowych zaciągnęły zobowiązanie do zachowania danych osobowych w tajemnicy, a także osoby zostały uprzednio przeszkolone z zasad i przepisów o ochronie danych osobowych.

e. OPS/CPS i CUS zapewniają odpowiedni poziom bezpieczeństwa danych osobowych. OPS/CPS i CUS w celu zapewnienia bezpieczeństwa zapewniają:

\* zdolność do ciągłego zapewnienia poufności, integralności, dostępności i odporności systemów i usług przetwarzania danych osobowych;

\* zdolność do szybkiego przywrócenia dostępności danych osobowych i dostępu do nich w razie incydentu fizycznego lub technicznego;

\* regularne testowanie, mierzenie i ocenianie skuteczności środków technicznych i organizacyjnych służących zapewnieniu bezpieczeństwa przetwarzania;

\* w miarę potrzeb i możliwości Administrator OPS/CPS i CUS zobowiązują się do stosowania, tam gdzie ryzyko tego wymaga, pseudonimizację i szyfrowanie danych osobowych.

f. OPS/CPS i CUS mogą powierzyć przetwarzanie danych osobowych podmiotowi przetwarzającemu przy zachowaniu wymogów wynikających z RODO, a w szczególności wymogów z art. 28 RODO.

VIII. We wszelkich sprawach dotyczących ochrony Pani/Pana danych osobowych może się Pani/Pan kontaktować się zarówno z OPS/CPS i CUS, ale to OPS/CPS będzie Pani/Panu na wszystko odpisywał i pilnował realizacji Pani/Pana praw. Oznacza to, że najlepiej, aby kierowała/ł Pani/Pan komunikację w zakresie realizacji Pani/Pana praw do:

**Pani (Pana) ………………………… - Inspektora Ochrony Danych**, pocztą na adres: Ośrodek/Centrum Pomocy Społecznej Dzielnicy ………………………….. ul. …………………………., ……………… Warszawa (najlepiej z dopiskiem "Inspektor danych osobowych"), emailem na adres ..........................................................., telefonicznie pod numerem ……………………………. lub faksem na numer ……………………………………

1. Liczba przyznanych godzin usług będzie ustalona we współpracy z OPS i może wynosić max. 240 godzin (łącznie dla Modułów I i III). [↑](#footnote-ref-1)
2. Liczba przyznanych godzin usług będzie ustalona we współpracy z OPS i może wynosić max. 240 godzin (łącznie dla Modułów I i III). [↑](#footnote-ref-2)
3. Liczba przyznanych godzin usług będzie ustalona we współpracy z CUS i może wynosić max. 240 godzin (łącznie dla Modułów I i III). [↑](#footnote-ref-3)
4. [↑](#footnote-ref-4)