



**KARTA ZGŁOSZENIA DO PROGRAMU
„OPIEKA WYTCHNIENIOWA” – EDYCJA 2021**

I. DANE OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O PRYZNANIE USŁUGI OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ (OPIEKUNA PRAWNEGO/CZŁONKA RODZINY / OPIEKUNA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ):

IMIĘ I NAZWISKO:

DATA URODZENIA:

ADRES ZAMIESZKANIA:

TELEFON:.....

E-MAIL:.....

II. DANE DOTYCZĄCE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ, W ZWIĄZKU Z OPIEKĄ NAD KTÓRĄ OPIEKUN UBIEGA SIĘ O PRYZNANIE USŁUGI OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ:

IMIĘ I NAZWISKO:

DATA URODZENIA:

ADRES ZAMIESZKANIA:

INFORMACJE NA TEMAT OGRANICZEŃ OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ W ZAKRESIE KOMUNIKOWANIA SIĘ LUB PORUSZANIA SIĘ (wypełnia opiekun/członek rodziny, który ubiega się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej):

.....
.....
.....
.....

PREFEROWANA FORMA, WYMIAR I MIEJSCE ŚWIADCZENIA USŁUG OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ:

dzienna, miejsce.....*

całodobowa, miejsce

specjalistyczne poradnictwo

w godzinach w dniach



III. OŚWIADCZENIA

- 1) Oświadczam, że osoba niepełnosprawna, w związku z opieką nad którą ubiegam się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej) posiada ważne orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności / orzeczenie równoważne lubże dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności**
- 2) Oświadczam, że zapoznałem / -łam się (zostałem / -łam zapoznany / -a) z treścią Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021.

Oświadczam, że zapoznałem / -am się z treścią programu „Opieka wytchnieniowa” - edycja 2021.

Miejscowość, data

.....
(Podpis osoby, opiekuna prawnego
lub członka rodziny / opiekuna osoby niepełnosprawnej)

*Należy wpisać miejsce wymienione w treści Programu „Opieka wytchnieniowa”- edycja 2021:

- 1) świadczenia usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego w: miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością, ośrodka wsparcia lub innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu, które otrzyma pozytywną opinię realizatora Programu.
- 2) świadczenia usługi opieki wytchnieniowej, w ramach pobytu całodobowego w: ośrodku wsparcia, w ośrodku/placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom z niepełnosprawnością wpisaną do rejestru właściwego wojewody lub w innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu, które otrzyma pozytywną opinię realizatora Programu.

**Do Karty zgłoszenia należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności/o niepełnosprawności

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług opieki wytchnieniowej

.....
(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z Rozporządzeniem 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) zwane dalej RODO informuję, iż:

1. Administratorem danych osobowych jest Ośrodek Pomocy Społecznej w Międzychodzie, z siedzibą Ośrodka przy ul. Juliusza Słowackiego 11 64-400 Międzychód.
2. Ośrodek Pomocy Społecznej wyznaczył inspektora ochrony danych, którym jest pan Krzysztof Pukaczewski, e-mail: pukaczewski@hotmail.com
3. Pani / Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie prawnej:
 - Art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym, w celu realizacji programu „Opieka wytchnieniowa”- edycja 2021 (moduł dzienny lub moduł całodobowy).



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej



Zadanie realizowane w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej ze środków Funduszu Solidarnościowego

4. Odbiorcami Pani / Pana danych będą instytucje upoważnione z mocy prawa. Dane mogą zostać także udostępnione w celach kontrolnych oraz sprawozdawczych: Wielkopolskiemu Urzędowi Wojewódzkiemu w Poznaniu oraz Ministerstwu Rodziny i Polityki Społecznej, a także naszym pracownikom upoważnionym przez Administratora do podejmowania czynności w ramach obsługi niniejszego Programu.
5. Pani / Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z umowy zawartej między Województwem Wielkopolskim, a Gminą Międzychód, tj. przez okres 5 lat od roku zakończenia realizacji programu opieka wytchnieniowa - edycja 2021 oraz obowiązujących przepisów prawa (przepisy o archiwizacji).
6. Posiada Pani / Pan na zasadach art. 15-21 RODO prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania.
7. Ma Pani / Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzoru, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, gdy uzna Pani / Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani / Pana dotyczących narusza przepisy RODO.
8. Podanie przez Panią / Pana danych osobowych wskazanych w załącznikach do Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021 stanowi warunek uczestnictwa w Programie „Opieka wytchnieniowa – edycja 2021”. Niepodanie danych osobowych spowoduje brak możliwości uczestnictwa w ww. Programie.
9. Informujemy, że przetwarzanie danych nie odbywa się w sposób zautomatyzowany,
10. Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.