DRUK ZAPOTRZEBOWANIA NA WSPARCIE W RAMACH PROGRAMU
"Opieka wytchnieniowa"
dla jednostek samorządu terytorialnego – edycja 2026

Ja, niżej podpisany/a jestem zainteresowany/a wnioskowaniem o przyznanie usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa" – edycja 2026 na rzecz:

Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością - …….……..……

Wiek osoby z niepełnosprawnością - ……..……..……

1. Czy osoba z niepełnosprawnością posiada orzeczenie?

- ☐ TAK w stopniu znacznym/traktowane na równi[1]
- ☐ TAK z niepełnosprawnością znaczną/traktowane na równi - sprzężoną[2]
- ☐ TAK jest dzieckiem od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadającymi orzeczenie o niepełnosprawności

2. Program jest realizowany w dwóch formach (zaznaczyć odpowiednie pole):

- ☐ w formie pobytu dziennego – maksymalna ilość godzin opieki wytchnieniowej na uczestnika programu wynosi 240 godzin w ciągu roku (która może ulec zmianie - pomniejszeniu),
- ☐ w formie pobytu całodobowego – maksymalna ilość dni opieki wytchnieniowej na uczestnika programu wynosi 14 dni w ciągu roku (która może ulec zmianie - pomniejszeniu).

3. Czy w przypadku uzyskania wsparcia wskaże Pani/Pan osobę opiekuna[3]?

- ☐ TAK
- ☐ NIE

4. Jednocześnie informuję, że(zaznaczyć właściwe):

- ☐ osoba z niepełnosprawnością nad którą sprawuję bezpośrednią opiekę wymaga wysokiego poziomu wsparcia;
- ☐ osoba z niepełnosprawnością nad którą sprawuję bezpośrednia opiekę stale przebywa w domu, tj. nie korzysta z ośrodka wsparcia lub placówek pobytu całodobowego;
- ☐ jestem nieaktywnym zawodowo opiekunem sprawującym bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, który ma ograniczone możliwości podejmowania aktywności zawodowej ze względu na konieczność opiekowania się osobą z niepełnosprawności.

…….
(podpis osoby ubiegającej się o uczestnictwo w programie)

Uwaga! Chęć udziału w Programie "Opieka wytchnieniowa" dla jednostek samorządu terytorialnego – edycja 2026 oraz złożenie druku zapotrzebowania <u>nie jest równoznaczne</u> z zakwalifikowaniem się do uczestnictwa w Programie.

[1] Orzeczenie traktowane na równi oznacza wydane zgodnie z art. 5 i art.62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych
[2] Przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się posiadanie orzeczenia ze wskazaniem co najmniej dwóch przyczyn niepełnosprawności.
[3] Osoba niespokrewniona, która spełnia wymogi Programu do pełnienia funkcji opiekuna, tj. posiada stosowne wykształcenie lub doświadczenie w opiece nad osobami niepełnosprawnymi.

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust 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 (RODO), informujemy, że:

1.Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej z siedzibą przy ul. Głowackiego 5, 39-300 Mielec, adres e-mail: gopsmielec@gops.mielec.pl, tel. 17 717 52 50

2.Sposoby kontaktu z Inspektorem Ochrony Danych w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Mielcu: adres korespondencyjny: ul. Głowackiego 5, 39-300 Mielec - adres e-mail: iod@gops.mielec.pl

3.Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych będzie się odbywać na podstawie: art. 6 ust. 1 lit. c i art. 9 ust. 2 lit. b RODO w celu postępowania w sprawie realizacji zadań wynikających z ustaw. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest niezbędne do realizacji ww. celu.

4.Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.

5.Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji celu przetwarzania, a następnie, jeśli chodzi o materiały archiwalne, przez czas wynikający z przepisów ustawy o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.

6.Pozyskane od klientów dane osobowe nie będą udostępniane podmiotom innym, niż upoważnione na podstawie przepisów prawa lub zawartych umów powierzenia przetwarzania danych.

7.Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, jak również prawo do ograniczenia ich przetwarzania.

8.Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, jeśli Pani/Pana zdaniem przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy unijnego rozporządzenia RODO.

9.Pani/Pana dane nie będą poddane zautomatyzowanym procesom związanym z podejmowaniem decyzji, w tym profilowaniu.

10.Pani/Pana dane nie będą przekazane odbiorcom w państwach znajdujących się poza Unią Europejską i Europejskim Obszarem Gospodarczym lub do organizacji międzynarodowej.

OŚWIADCZENIE

O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w celu realizacji programu pn.: „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.

....

(miejscowość, data) (czytelny podpis)