**Druk zapotrzebowania na wsparcie w ramach Programu**

**"Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego**

**– edycja 2026**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(miejscowość) (data)

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

imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością

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

adres zamieszkania osoby z niepełnosprawnością

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

telefon kontaktowy

**1. Czy posiada Pan/Pani orzeczenie o niepełnosprawności?**\*

□ TAK w stopniu znacznym z niepełnosprawnością sprzężoną\*\* lub traktowane na równi \*\*\*

□ TAK w stopniu znacznym lub traktowane na równi

□ TAK w stopniu umiarkowanym z niepełnosprawnością sprzężoną lub traktowane na równi

□ TAK w stopniu umiarkowanym lub traktowane na równi

\*\*Przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się posiadanie orzeczenia ze wskazaniem co najmniej dwóch przyczyn niepełnosprawności.

\*\*\*Orzeczenie traktowane na równi oznacza wydane z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, z niepełnosprawnością sprzężoną.

**2. W przypadku dzieci od ukończenia 2 roku życia do 16 roku życia**:

**Czy dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności: 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?**\*

□ TAK

□ NIE

**3. Czy w przypadku uzyskania wsparcia, wskaże Pani/Pan Asystenta**?\*

□ TAK

□ NIE

**4. Jaka liczba godzin usług asystenta miesięcznie jest Panu/Pani niezbędna w roku 2026?**

…………………………………………………………………………………………………..

**5. W jakim zakresie wymaga Pan/Pani wsparcia w ramach Programu?**

□ wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej,

□ wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie,

□ wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania,

□ wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem.

**\***zaznaczyć właściwe

 ***Klauzula informacyjna***

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 (*4.5.2016 L 119/38 Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej PL)*

**informuję, że:**

* Administratorem Pani/Pana danych jest **Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Świdnicy**, ul. Głowackiego 4, 58-100 Świdnica, tel: 74 852 30 67, E-mail gops@gmina.swidnica.pl
* Inspektorem ochrony danych w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Świdnicy jest

**Pan Krzysztof Olejniczak**

Dane kontaktowe inspektora ochrony danych: tel.609 010 402, adres e-mail: krzysztof.olejniczak@comars.pl

* Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu **oszacowania potrzeb mieszkańców gminy wiejskiej Świdnica w związku z realizacją Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026**
* Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres zgodny z Rzeczowym Wykazem Akt.
* Ma Pani/Pan prawo do:

- dostępu do treści swoich danych;

- żądania sprostowania lub usunięcia swoich danych;

- żądania ograniczenia przetwarzania;

- przeniesienia swoich danych;

- wniesienia sprzeciwu;

- cofnięcia zgody na przetwarzanie, jeśli dokonuje się ono na podstawie dobrowolnej zgody (nie wpływa to wszakże na legalność przetwarzania danych między udzieleniem zgody a jej cofnięciem).

* Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi Prezesa Urzędu Ochrony Danych gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie dotyczących Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r.
* Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest konieczne do realizacji zadań Ośrodka.
* Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Świdnicy nie prowadzi zautomatyzowanego przetwarzania danych w formie profilowania.

.............................……………...........................

 data i podpis osoby z niepełnopoprawnością lub opiekuna prawnego