

**Druk zapotrzebowania na wsparcie w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026**

……………………………………………………

(miejscowość ) (data)

**I. Dane osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej (członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością):**

Imię i nazwisko:

………………………………………………………………………………..

Adres zamieszkania:

……………………………………..…………………………………………

Telefon kontaktowy

………………………………………………………………………………..

**II. Dane dotyczące osoby z niepełnosprawnością, w związku z opieką nad którą, członek rodziny/opiekun ubiega się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej**:

Imię i nazwisko:

…………………………………………..……………………………………

Data urodzenia:

………………………………………….…………………………………….

Adres zamieszkania:

……………………………………..…………………………………………

**1. Czy osoba z niepełnosprawnością posiada orzeczenie o niepełnosprawności ?** \*

□ **TAK** orzeczenie w stopniu znacznym

□ **TAK**  orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności\*\*\*

□ **NIE**

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

□ **NIE DOTYCZY**



**2. Czy dziecko, nad którym ma być sprawowana opieka (od ukończenia 2 roku życia do ukończenia 16 roku życia) posiada ważne orzeczenie o niepełnosprawności ?** **\***

□ **TAK**

□ **NIE**

**III.Informacja dotycząca indywidualnej sytuacji członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością:**

W jakich bieżących czynnościach życia codziennego dotyczących zabezpieczenia potrzeb osoby z

niepełnosprawnością, w szczególności wymagane jest wsparcie ? **\***

1. czynności samoobsługowe (np. utrzymanie higieny osobistej) **Tak☐/Nie☐**;

2. przemieszczanie się poza miejscem zamieszkania (np. spacer, udanie się do placówki zdrowia,

sklepu, itp) **Tak☐/Nie☐**;

3. podejmowanie aktywności życiowej i komunikowanie się z otoczeniem **Tak☐/Nie☐**;

4. inne / jakie ……………………………………………………………………………………………………………

**IV. Informacje na temat sytuacji członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością w odniesieniu do sprawowania bezpośredniej opiekę nad osobą z niepełnosprawnością:**

**1.** Czy osoba z niepełnosprawnością, nad którą członek rodziny/opiekun sprawuje bezpośrednią opiekę stale przebywa w domu i nie korzysta np. z ośrodka wsparcia, z placówki pobytu całodobowego, z warsztatu terapii zajęciowej, szkoły i placówki, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2025 r. poz. 881), nie uczy się lub nie studiuje?**\***

Tak ☐

Nie ☐

**2.** Czy członek rodziny/opiekun osoby z niepełnosprawnością sprawujący bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością jest nieaktywny zawodowo i ma ograniczone możliwości podejmowania aktywności zawodowej ze względu na konieczność opiekowania się osobą z niepełnosprawnością?**\***

Tak ☐

Nie ☐



**3**. Jaka liczba godzin usługopieki wytchnieniowej miesięcznie jest Pani/ Panu niezbędna w roku

 2026 ?

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

**V. Wskazanie osoby, która będzie świadczyła usług opieki wytchnieniowej \***

Czy wskazuje Pan(i) osobę pełnoletnią, niebędącą członkiem rodziny osoby z niepełnosprawnością, opiekunem osoby z niepełnosprawnością lub osobą faktycznie zamieszkującą razem z osobą z niepełnosprawnością, która będzie świadczyła, za uprzednią pisemną zgodą gminy/powiatu, w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością albo innym miejscu wskazanym przez Pana(ią) lub realizatora Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, usług opieki wytchnieniowej? **\***

**Tak ☐ / Nie ☐**

**VI.** Podanie dodatkowych informacji, uwag dotyczących stanu zdrowia i sytuacji życiowych uczestników programu oraz osób z niepełnosprawnościami

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

**\***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 „Opieka Wytchnieniowa” 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 wnieść skargę do 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 członka rodziny /opiekuna osoby z niepełnosprawnością