**Wniosek
 o przyznanie pomocy w ramach programu osłonowego:**

**„ Wsparcie osób niepełnosprawnych i ich rodzin na lata 2018-2025”**

**Część I wniosku** *(wypełnia wnioskodawca)*

1. **Dane osoby składającej wniosek o pomoc w ramach programu osłonowego, zwanej dalej „wnioskodawcą”:**

IMIĘ ………………………………………………………………………………………………………………………………….

NAZWISKO…………………………………………………………………………………………………………………………

PESEL………………………………………………………………………………………

ADRES ZAMIESZKANIA (miejscowość, kod pocztowy, ulica, nr domu/mieszkania)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

KONTAKTOWY NUMER TELEFONU………………………………………………………………………………….

1. **Dane dotyczące członków rodziny osoby niepełnosprawnej**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Imię i nazwisko | Stopień pokrewieństwa | Data urodzenia | Adres |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |

1. **Zwracam się o przyznanie pomocy w formie** *( zaznaczyć właściwe):*
* Zapewnienie dowozu do ośrodka wsparcia, warsztatów terapii zajęciowej;
* Wsparcie w formie pracy socjalnej osobie niepełnosprawnej i jego rodzinie.

Informuję, ze korzystam z rehabilitacji społecznej prowadzonej przez ośrodek wsparcia/Warsztaty Terapii Zajęciowej w okresie od ……………………… do …………………..2021 r.

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..
 *(nazwa i adres ośrodka wsparcia, WTZ)*

1. **Dane o sytuacji rodzinno- bytowej:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| l.p. |  kategorie |  opis |
| 1 | stan zdrowia i stopień niepełnoprawności |  |
| 2 | wiek rodziców/opiekunów |  |
| 3 | Sytuacja zawodowa rodziców/opiekunów |  |
| 4 | Stan zdrowia rodziców/opiekunów |  |
| 5 | Posiadany środek transportu (samochód) |  |
| 6 | Wydatki ponoszone na leki i utrzymanie |  |
| 7 | Odległość placówki od miejsca zamieszkania ( w km) |  |
| 8 | sieroctwo |  |

1. **Informuję, że dotychczas korzystałem/łam z następującej formy transportu w celu dotarcia do ośrodka wsparcia, warsztatów terapii zajęciowej:**

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

……………………………………………………………………………………………………………………………………

**Oświadczam:**

1. Ja niżej podpisany/a uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 §1 Kodeksu Karnego za składanie fałszywych zeznań lub zatajenie prawdy, zagrożonych karą pozbawienia wolności do lat 3, oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku dla celów związanych przyznaniem pomocy w ramach programu osłonowego zgodnie
z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 roku 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) DZ.U.UE.L.2016.119, str.1.
3. Oświadczam jednocześnie, że nie mam możliwości uzyskania wsparcia na podstawie uprawnień zawartych w ustawie o pomocy społecznej(Dz.U. z 2017 r. poz.1769 z zm.), ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (DZ.U. z 2018r. poz 511 z zm.), rozporządzeniu Ministra Polityki Społecznej w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych z dnia 22.09.2005 r.
 ( Dz.U. nr 64, poz.593 z późn.zm.).
4. Oświadczam, że zapoznałem/AM się z zasadami udzielania pomocy w ramach programu osłonowego : Wsparcie osób niepełnosprawnych i ich rodzin na lata 2018-2025.
5. Oświadczam, że podanie tych danych było dobrowolne, i zostałem/łam poinformowany/na o przysługującym mi prawie do wycofania zgody, dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania.

**Do wniosku dołączam następujące dokumenty:**

* Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (kserokopia)
* Zaświadczenie lub decyzja przyznająca pobyt w ośrodku wsparcia, WTZ ( może być kserokopia)

 …………………………………………………………
 *(data i czytelny podpis wnioskodawcy)*

**Część II wniosku** *( wypełnia pracownik socjalny)*

1. Analiza sytuacji rodzinno-bytowej na podstawie pkt.4 – tabela:

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

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

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

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

……………………………………………………………………………………………………………………………………

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

1. Informacja o przyznaniu lub odmowie przyznania pomocy w ramach programu osłonowego:

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

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

…………………………………………..
 (data) ………………………………………………..

 (pracownik socjalny- podpis)

 Zatwierdził

 ………………………………………………………….
 (Kierownik OPS-u- podpis)

**Druk informacyjny dla osób, których dane są przetwarzane w Ośrodku**

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE ADMINISTRATORA** | Ośrodek Pomocy Społecznej w Świerklańcu z Siedzibą w Nakle Śląskim adres: Nakło Śląskie 42-620, ul. Główna 62e-mail: osrodek@swierklaniec.naszops.pl |
| **DANE INSPEKTORA DANYCH** | Telefon kontaktowy: (32) 390-21-88E-mail: osrodek@swierklaniec.naszops.pl |
| **CELE PRZETWARZANIA**  | Dane są przetwarzane w celu wszczęcia oraz prowadzenia postępowania administracyjnego. |
| **PODSTAWA PRAWNA PRZETWARZANIA DANYCH** | Podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c RODO) |
| **KATEGORIE DANYCH OSOBOWYCH** | Przetwarzane są następujące kategorie danych: imię i nazwisko, data urodzenia, adres zamieszkania lub pobytu lub zameldowania na pobyt stały, miejsce zamieszkania lub pobytu, numer PESEL, numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, płeć, stan cywilny, obywatelstwo, stopień pokrewieństwa z członkami rodziny, numer rachunku bankowego, dane dotyczące stanu zdrowia oraz niepełnosprawności, adres poczty elektronicznej, numer telefonu, a w przypadku cudzoziemców – data wydania, numer i rodzaj dokumentu określającego status cudzoziemca w RP. |
| **ODBIORCY DANYCH** | Pani / Pana dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom nadzorującym i kontrolującym działalność administratora danych |
| **OKRES PRZECHOWYWANIA DANYCH** | Dane będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania oraz przez wymagany prawem okres archiwizacji danych |
| **PRAWA PODMIOTÓW DANYCH** | Przysługuje Pani / Panu prawo dostępu do Pani / Pana danych, prawo żądania wydania kopii danych, prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania. |
| **PRAWO WNIESIENIA SKARGI DO ORGANU NADZORCZEGO** | Przysługuje Pani / Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych, tj. Urzędu Ochrony Danych Osobowych. |
| **DODATKOWE INFORMACJE** | Informujemy, że podanie danych przetwarzanych przez Administratora Danych jest wymogiem ustawowym i jest niezbędne do wszczęcia, prowadzenia oraz zakończenia postępowań administracyjnych prowadzonych przez Administratora Danych. Brak podania tych danych może skutkować niemożnością prowadzenia postępowania.Informujemy, że Pani/Pana dane nie podlegają profilowaniu. |
| **ŹRÓDŁO POCHODZENIA DANYCH** | Pani / Pana dane zostały uzyskane przez administratora od wnioskodawcy, osób trzecich i innych instytucji publicznych na potrzeby prowadzonego postępowania. |

Oświadczam, że przyjąłem(am) do wiadomości i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych.

……………………………

*data i podpis wnioskodawcy*