

## WNIOSEK O ŚWIADCZENIE USŁUG OPIEKI WYTCHEŃNIOWEJ

## Dane wnioskodawcy

Imię: .....

Nazwisko: .....

Numer telefonu:.....

Adres e-mail: .....

Miejsce zamieszkania:.....

Data urodzenia/PESEL: .....

## Niepełnosprawność

**Jestem członkiem rodziny / opiekunem sprawującym bezpośrednią opiekę nad (wstawić „x”):**

- [ ] dzieckiem niepełnosprawnym z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji, konieczności stałego współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji
- [ ] osobą ze znacznym stopniem niepełnosprawności

## Rodzaj niepełnosprawności

- osoba niewidoma lub słabowidząca
- osoba niesłysząca lub słabosłysząca
- osoba niesłysząca, wymagająca tłumacza języka migowego osoba
- głuchoniewidoma
- osoba z trudnościami w przemieszczaniu się

Wsparcie finansowe pochodzi ze środków Funduszu Solidarnościowego przyznanych w ramach Programu „Opieka wytchnieńiowa – edycja 2019” oraz ze środków budżetu Powiatu Świdnickiego



- osoba z trudnościami w przemieszczaniu się, poruszająca się na wózku
- osoba ze schorzeniem narządów wewnętrznych
- osoba z epilepsją
- osoba z doświadczeniem kryzysu psychicznego
- osoba z niepełnosprawnością intelektualną
- osoba z całościowym zaburzeniem rozwojowym
- inny, *jaki?*.....

### Informacje dodatkowe na temat niepełnosprawności

(np. rodzaj schorzenia, czas trwania niepełnosprawności – nabyta, wrodzona, opieka lekarska, zalecenia medyczne, itp.)

.....

.....

### Potrzeby opiekuna w zakresie specjalistycznego poradnictwa i wsparcia w zakresie pielęgnacji/rehabilitacji/dietetyki

Proszę wstawić „x” przy wybranych opcjach – możliwość wielokrotnego wyboru:

- specjalistyczne poradnictwo psychologiczne
- specjalistyczne poradnictwo terapeutyczne, *jaki?*.....
- wsparcie w zakresie nauki pielęgnacji
- wsparcie w zakresie nauki rehabilitacji
- wsparcie w zakresie nauki dietetyki
- inne, *jaki?*.....

.....

Data i podpis wnioskodawcy

Wsparcie finansowe pochodzi ze środków Funduszu Solidarnościowego przyznanych w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa – edycja 2019” oraz ze środków budżetu Powiatu Świdnickiego



Ministerstwo Rodziny,  
Pracy i Polityki Społecznej



Powiat  
Świdnicki



## Oświadczenia i zgody

Ja niżej podpisany/a:

....., oświadczam,  
że:

- dane zawarte we Wniosku są zgodne z prawdą,
- z własnej inicjatywy biorę udział w procesie rekrutacji,
- zapoznałem/am się z Regulaminem Realizacji Zadania Publicznego z zakresu pomocy społecznej p.n. "Świadczenie na terenie powiatu świdnickiego usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu MRPPS Opieka wytchnieniowa – edycja 2019" realizowanego ze środków Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych, zwanego dalej „Funduszem Solidarnościowym” i budżetu Powiatu Świdnickiego i akceptuję wszystkie jego zapisy i postanowienia,
- wyrażam zgodę na nieodpłatne utrwalanie, upowszechnianie, zwielokrotnianie i przetwarzanie mojego wizerunku na zdjęciach, filmach w innych materiałach publikacyjnych oraz w Internecie na stronie [www.eudajmonia.pl](http://www.eudajmonia.pl), a także w mediach społecznościowych (Facebook) zgodnie art. 6 ust.1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z dnia 27.04.2016 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE oraz zgodnie z ustawą z 4 lutego z 1994r. o prawach autorskich i pokrewnych (Dz. U. 2006 nr 90, poz. 631, z późn. zm.) w celach upowszechniania i promocji Programu MRPPS Opieka wytchnieniowa – edycja 2019" realizowanego ze środków Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych, zwanego dalej „Funduszem Solidarnościowym” i budżetu Powiatu Świdnickiego.

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

Wsparcie finansowe pochodzi ze środków Funduszu Solidarnościowego przyznanych w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa – edycja 2019” oraz ze środków budżetu Powiatu Świdnickiego



Ministerstwo Rodziny,  
Pracy i Polityki Społecznej



Powiat  
Świdnicki



## Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych zawartych w dokumentach rekrutacyjnych dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu, **zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a, c Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 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**

Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Fundacja Eudajmonia z siedzibą przy ulicy Borówkowej 5a, 59-101 Polkowice, adres email: [biuro@eudajmonia.pl](mailto:biuro@eudajmonia.pl)
2. Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 6 ust. 1 lit. a, c Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 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.
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji niniejszego projektu, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości, działań wynikających z obowiązku wobec organu podatkowego i ubezpieczeniowego oraz działań informacyjno-promocyjnych.
4. Podanie danych jest dobrowolne i świadome jednak niezbędne do realizacji celu o którym mowa w pkt. 3. Dane są przechowywane do momentu zakończenia stosunku prawnego z Fundacją Eudajmonia lub złożenia sprzeciwu wobec przetwarzania danych.
5. Moje dane nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej oraz nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji. Mogą być natomiast przekazywane uprawnionym instytucjom określonym przez przepisy prawa oraz podmiotom przetwarzającym, które świadczą usługi na rzecz Administratora danych i którym te dane są powierzane.

Wsparcie finansowe pochodzi ze środków Funduszu Solidarnościowego przyznanych w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa – edycja 2019” oraz ze środków budżetu Powiatu Świdnickiego



Ministerstwo Rodziny,  
Pracy i Polityki Społecznej



Powiat  
Świdnicki



6. Przysługuje mi:

- a. prawo wycofania zgody na przetwarzanie danych w każdej chwili bez podawania przyczyny - nie wpłynie to jednak na zgodność z prawem przetwarzania którego dokonano przed jej cofnięciem. Cofnięcie zgody można wnieść poprzez złożenie oświadczenia o wycofaniu zgody w formie mailowej na adres [biuro@eudajmonia.pl](mailto:biuro@eudajmonia.pl) lub pisemnie na adres siedziby Administratora.
- b. prawo żądania od Fundacji Eudajmonia: dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, poprawienia, usunięcia bez podawania przyczyny lub ograniczenia przetwarzania przez określony czas w określonym zakresie, informacji o zakresie przetwarzania a także prawo do przenoszenia danych – w tym celu należy skontaktować się z nami drogą e-mailową podając nazwę i adres podmiotu, do którego mamy przekazać twoje dane oraz ich zakres, tzn. które twoje dane mamy przekazać. Przekazanie nastąpi w formie elektronicznej po potwierdzeniu przez ciebie tego żądania. Potwierdzenie żądania jest potrzebne z uwagi na bezpieczeństwo twoich danych i uzyskanie pewności, że żądanie pochodzi o osoby uprawnionej.

7. Przysługuje mi prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. instytucji publicznej odpowiedzialnej za ochronę praw i wolności osób, których dane są przetwarzane (Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych).

.....  
Miejscowość i data

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy )

Do wniosku należy dołączyć:

**1. Orzeczenie o niepełnosprawności dziecka lub osoby dorosłej niepełnosprawnej** wraz z Kartą oceny stanu zdrowia pacjenta wg zmodyfikowanej skali Barthel (wypełnia lekarz specjalista – zgodnie z symbolem przyczyny niepełnosprawności znajdującej się na orzeczeniu). Karta oceny stanu zdrowia pacjenta wg zmodyfikowanej skali Barthel załączana jest jedynie w przypadku jeżeli osoba posiada dany dokument, natomiast nie jest to wymogiem formalnym.

**UWAGA: informujemy, że złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem usług oraz, że wnioski rozpatrywane są w roku złożenia i nie przechodzą na kolejne lata.**

Wsparcie finansowe pochodzi ze środków Funduszu Solidarnościowego przyznanych w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa – edycja 2019” oraz ze środków budżetu Powiatu Świdnickiego



Ministerstwo Rodziny,  
Pracy i Polityki Społecznej



Powiat  
Świdnicki

