



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

....., dnia.....
(Miejscowość)

.....
imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością

.....

.....
adres

.....
telefon kontaktowy

ZGŁOSZENIE

do Programu "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego– edycja 2027 w ramach przeprowadzanej diagnozy potrzeb na terenie Gminy Świeszyno

1. Zgłaszam chęć udziału swojego/osoby której jestem opiekunem w Programie "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego– edycja 2027

2. Posiadam orzeczenie :

- ☐ o znacznym stopniu z niepełnosprawnością sprzężoną*,
- ☐ o znacznym stopniu,
- ☐ o umiarkowanym stopniu z niepełnosprawnością sprzężoną*,
- ☐ o umiarkowanym stopniu albo
- ☐ traktowane na równi z orzeczeniami wymienionymi w lit. a i b, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

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

2.1. W przypadku dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16 roku życia:
Moje dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem 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. Liczba godzin usług asystenta miesięcznie niezbędna mi w roku 2027**

****Liczba godzin obowiązująca w Programie w roku 2027 r.**

Limit godzin usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu przypadających na jedną osobę z niepełnosprawnością w danym roku kalendarzowym wynosi nie więcej niż:

1) 840 godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie:

- a) o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną,
- b) traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie 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) 720 godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie:

- a) o znacznym stopniu niepełnosprawności,
- b) traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;

c) **3) 480 godzin rocznie** dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie:

- a) o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną,
- b) traktowane na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, zgodnie 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;

4) 360 godzin rocznie dla:

- a) osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności,
- b) osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
- c) dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia z orzeczeniem 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.

4. Czy jest Pan/Pani aktualnie objęty/a wsparciem w formie usług opiekuńczych /specjalistycznych usług opiekuńczych/usług obejmujących analogiczne wsparcie ?

- ☐ TAK
- ☐ NIE

5. Czy ma Pan/Pani przyznane świadczenie wspierające ?

- ☐ TAK
- ☐ NIE

6. Czy jest Pan/Pani osobą samotnie gospodarującą, nie mającą możliwości korzystania ze wsparcia bliskich?

- ☐ TAK
- ☐ NIE

7. Czy zmaga się Pan/Pani z ograniczeniami w zakresie:

- ☐ komunikowania się:
(informacje na temat ograniczeń)
- ☐ poruszania się:
(informacje na temat ograniczeń)
- ☐ Inne (jakie?)

8. W przypadku uzyskania wsparcia wskażę Asystenta?

- ☐ TAK
- ☐ NIE

.....
data i podpis osoby z niepełnosprawnością / opiekuna osoby z niepełnosprawnością

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 i 14 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.), zwanego dalej „RODO”, Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Świeszynie informuje, że:

Tożsamość administratora i dane kontaktowe

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Świeszynie z siedzibą w Niedalinie 29A**, adres e-mail: gops@swieszyno.pl, tel. 94 318 35 23.

Dane kontaktowe inspektora ochrony danych osobowych

W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych prosimy o kontakt z Inspektorem Ochrony Danych, drogą elektroniczną – adres email: gops@swieszyno.pl lub pisemnie na adres: 76-024 Świeszyno, Niedalino 29A.

Kategorie danych osobowych

W przypadku kandydata do udziału **Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2027**: imię i nazwisko, adres zamieszkania, dane kontaktowe, dane dotyczące stopnia i rodzaju niepełnosprawności, informacje dotyczące sytuacji życiowej i rodzinnej w zakresie niezbędnym do oceny potrzeb, dane dotyczące zakresu oczekiwanego wsparcia.

Cele przetwarzania i podstawa prawna przetwarzania

Dane osobowe są przetwarzane **w celu**:

- przeprowadzenia diagnozy do Programu,
- dokonania oceny indywidualnej sytuacji osoby z niepełnosprawnością,
- archiwizacji dokumentacji.

Podstawą prawną przetwarzania danych jest:

- art. 6 ust. 1 lit. c RODO – wypełnienie obowiązku prawnego wynikającego z ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym oraz Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2027,
- art. 6 ust. 1 lit. e RODO – realizacja zadania publicznego w zakresie wsparcia osób z niepełnosprawnościami,
- art. 9 ust. 2 lit. b i g RODO – w zakresie danych szczególnych kategorii (dotyczących zdrowia i niepełnosprawności), w związku z realizacją zadań z zakresu zabezpieczenia społecznego.

Odbiorcy danych lub kategorie odbiorców danych

Dane mogą być przekazywane:

- Wojewodzie Zachodniopomorskiemu,
- Ministrowi właściwemu do spraw zabezpieczenia społecznego,
- podmiotom kontrolnym i audytowym,

- podmiotom przetwarzającym dane na zlecenie Administratora (np. obsługa IT, obsługa prawna),
- innym podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.

Dane nie będą przekazywane do państw trzecich ani organizacji międzynarodowych.

Okres przechowywania danych

Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą do czasu wygaśnięcia obowiązku przechowywania tych danych wynikających z realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2027, a następnie przez okres wymagany przepisami o archiwizacji dokumentacji oraz rozliczaniu środków publicznych.

Prawa osób, których dane dotyczą

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do danych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania (w zakresie art. 6 ust. 1 lit. e RODO). W zakresie, w jakim przetwarzanie odbywa się na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO, prawo sprzeciwu nie przysługuje.

Zautomatyzowane podejmowanie decyzji w tym profilowanie

Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany ani nie będą podlegały profilowaniu.

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO) ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, tel.: 22 531 03 00.

Obowiązek podania danych

Podanie danych osobowych jest konieczne dla celów związanych z wykonywaniem diagnozy w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2027.