



**WNIOSEK DO OŚRODKA / CENTRUM POMOCY SPOŁECZNEJ**  
**DZIELNICY ..... M.ST. WARSZAWY**  
**O USŁUGI OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ**  
realizowane w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2019  
Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

**I. DANE WNIOSKODAWCY – OSOBY NIESAMODZIELNEJ LUB OPIEKUNA PRAWNEGO/KURATORA**

Imię i Nazwisko	
PESEL	
Adres zamieszkania	
Adres do korespondencji	
Nr telefonu	
e-mail	

Dane osoby niesamodzielnej - wypełnić, jeżeli Wnioskodawcą jest opiekun prawny/kurator

Imię i Nazwisko	
PESEL	
Adres zamieszkania	
Adres do korespondencji	
Nr telefonu	
Osoba niesamodzielna jest ubezwłasnowolniona częściowo (tak/nie)	
Osoba niesamodzielna jest ubezwłasnowolniona całkowicie (tak/nie)	
Osoba niesamodzielna jest niepełnoletnia (tak/nie)	

**II. DANE OPIEKUNA OSOBY NIESAMODZIELNEJ – OSOBY FAKTYCZNIE SPRAWUJĄCEJ OPIEKĘ**

Imię i Nazwisko	
PESEL	
Adres zamieszkania	
Adres do korespondencji	
Nr telefonu	
e-mail	



### III. WNIOSKOWANY WYMIAR USŁUG OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ

#### 1. Wypełnia Wnioskodawca – opiekun prawny osoby niepełnoletniej:

##### ZWRACAM SIĘ Z PROŚBĄ O PRYZNANIE USŁUG OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ

ze względu na sprawowanie przez opiekuna/członka rodziny bezpośredniej opieki nad dzieckiem z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki i 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

**w ramach Modułu I - opieka godzinowa w domu<sup>1</sup>**

Miejscowość i data: ..... Czytelny podpis: .....

#### 2. Wypełnia Wnioskodawca - osoba niesamodzielna lub opiekun prawny/kurator osoby pełnoletniej:

##### ZWRACAM SIĘ Z PROŚBĄ O PRYZNANIE USŁUG OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ

ze względu na sprawowanie przez opiekuna/członka rodziny bezpośredniej opieki nad osobą ze znacznym stopniem niepełnosprawności (bądź równoważnym)

*proszę wstawić X przy wybranej pozycji*

Moduł I - Opieka godzinowa w domu<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

Moduł II - Pobyt w wymiarze 7 dni (mieszkania chronione) \_\_\_\_\_

Moduł II - Pobyt w wymiarze 14 dni (mieszkania chronione) \_\_\_\_\_

Miejscowość i data: ..... Czytelny podpis: .....

<sup>1</sup>Liczba przyznanych godzin usług będzie ustalona we współpracy z OPS i może wynosić max. 240 godzin (łącznie dla Modułów I i III).

<sup>2</sup>Liczba przyznanych godzin usług będzie ustalona we współpracy z OPS i może wynosić max. 240 godzin (łącznie dla Modułów I i III).



### 3. Wypełnia opiekun faktyczny osoby niesamodzielnej

#### ZWRACAM SIĘ Z PROŚBĄ O PRYZNANIE USŁUG OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ

ze względu na sprawowanie bezpośredniej opieki nad osobą ze znacznym stopniem niepełnosprawności (bądź równoważnym)

**w ramach Modułu III - Usługi opieki wytchnieniowej w formie specjalistycznego poradnictwa psychologicznego lub terapeutycznego, nauki pielęgnacji, rehabilitacji i dietetyki<sup>3</sup>**

*proszę wstawić X przy wybranej pozycji*

specjalistyczne poradnictwo psychologiczne lub terapeutyczne<sup>4</sup> \_\_\_\_\_

nauka pielęgnacji \_\_\_\_\_

nauka rehabilitacji \_\_\_\_\_

nauka dietetyki \_\_\_\_\_

Miejscowość i data: ..... Czytelny podpis: .....

#### Informacja dla Wnioskodawcy:

- **Moduł I - Usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego**  
Usługa opieki wytchnieniowej realizowana w formie opieki godzinowej w domu osoby niesamodzielnej.
- **Moduł II - Usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu całodobowego**  
Usługa opieki wytchnieniowej realizowana w formie opieki całodobowej w mieszkaniach chronionych w ramach pobytu 7 lub 14 dniowego.

#### Informacja dla opiekuna faktycznego osoby niesamodzielnej:

- **Moduł III - Usługi opieki wytchnieniowej w formie specjalistycznego poradnictwa psychologicznego lub terapeutycznego, nauki pielęgnacji, rehabilitacji i dietetyki.**  
Usługa opieki wytchnieniowej realizowana jest w formie specjalistycznego poradnictwa psychologicznego lub terapeutycznego, nauki pielęgnacji, rehabilitacji i dietetyki organizowanych przez Centrum Usług Społecznych „Społeczna Warszawa”.

<sup>3</sup> Liczba przyznanych godzin usług będzie ustalona we współpracy z CUS i może wynosić max. 240 godzin (łącznie dla Modułów I i III).



#### IV. OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY

Oświadczam, że osoba wskazana jako opiekun jest (proszę wstawić X przy wybranej pozycji):

- a) opiekunem faktycznym \_\_\_\_\_
- b) opiekunem prawnym \_\_\_\_\_
- c) członkiem rodziny \_\_\_\_\_
- d) inne ..... \_\_\_\_\_

sprawującym bezpośrednią opiekę nad: .....  
(imię i nazwisko osoby niesamodzielnej)

Miejscowość i data: ..... Czytelny podpis: .....

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 §1 i §6 kk w zw. z art. 75 §2 i art. 83 § 3 kpa za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku zostały podane zgodnie z prawdą. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni od zaistnienia zmiany.

Miejscowość i data: ..... Czytelny podpis: .....

#### V. OŚWIADCZENIE OPIEKUNA FAKTYCZNEGO OSOBY NIESAMODZIELNEJ

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Ośrodek/Centrum Pomocy Społecznej Dzielnicy ..... m.st. Warszawy oraz Centrum Usług Społecznych „Społeczna Warszawa” w celu realizacji wniosku o świadczenie usług opieki wychowawczej w ramach Modułu III Programu „Opieka wychowawcza” – edycja 2019 Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

Miejscowość i data: ..... Czytelny podpis: .....

*Klauzula Informacyjna dla opiekuna faktycznego stanowi załącznik do wniosku.*



---

**VI. DO WNIOSKU DOŁĄCZAM:**

Proszę wstawić **X** przy wybranej pozycji.

1. Orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności (bądź równoważne) / orzeczenie o niepełnosprawności \_\_\_\_\_
2. Kartę oceny stanu pacjenta wg skali Barthel \_\_\_\_\_
3. Inne, jakie: ..... \_\_\_\_\_

**Miejscowość i data:** ..... **Czytelny podpis:** .....

**Informacja dla Wnioskodawcy:**

- złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem usług,
- wnioski rozpatrywane są w roku złożenia i nie przechodzą na kolejne lata.

Wg założeń Programu **pierwszeństwo** w skorzystaniu z usług opieki wytchnieniowej przysługuje członkowi rodziny lub opiekunowi sprawującemu bezpośrednią opiekę nad osobą, której uzupełniono Kartę oceny stanu pacjenta wg skali Barthel, a wynik badania wyniósł od 0 do 40 punktów i dotyczy:

- dzieci niepełnosprawnych z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami 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;
- osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności, które są całkowicie niesamodzielne.





**Załącznik do wniosku**

**Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych dla opiekuna faktycznego**

Wypełniając obowiązek informacyjny, stosownie do wymogów 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) ("**RODO**") informujemy o tym, że wspólnie przetwarzamy Państwa dane osobowe oraz informujemy o zasadniczej treści wspólnych uzgodnień Stron.

Współadministratorami Pani/Pana danych osobowych są:

1. Ośrodek / Centrum Pomocy Społecznej Dzielnicy ..... m.st. Warszawy z siedzibą w ....., adres: ul. ...., więcej możesz dowiedzieć się na stronie .....  
**(dalej „OPS” lub „CPS”)**

2. Centrum Usług Społecznych „Społeczna Warszawa” z siedzibą w Warszawie, adres: ul. Z. Nałkowskiej 11, 01-886 Warszawa, więcej możesz dowiedzieć się na stronie:  
<http://www.centrumuslugspolecznych.um.warszawa.pl>

**(dalej „CUS”)**

- I. OPS/CPS i CUS wspólnie administrują Pani/Pana danymi osobowymi **w celu realizacji wniosku o świadczenie usług opieki wytchnieniowej w ramach Modułu III Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2019 Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej**, a także po ustaniu celu przetwarzania, w późniejszym okresie - w celach archiwalnych i statystycznych, a także w celu ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń pomiędzy Pani/Pana a OPS/CPS i CUS, co jest prawnie uzasadnionym interesem OPS/CPS i CUS.
- II. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być podmioty, którym OPS/CPS i CUS powierzyli przetwarzanie danych, w zakresie niezbędnym do prawidłowej realizacji powierzonych im zadań, a w szczególności: Wykonawcy usług opiekuńczych (specjalistycznych usług opiekuńczych), dostawcy usług informatycznych i administracyjnych współpracujący z CUS i/lub OPS/CPS.
- III. Planujemy przechowywać Pani/Pana dane przez okres wymagany przepisami prawa z zakresu archiwizacji.
- IV. Ma Pani/Pana prawo dostępu do swoich danych osobowych, żądania sprostowania swoich danych osobowych lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych w oparciu o zgodę, ma Pani/Pan także prawo żądania usunięcia Pani/Pana danych (prawo do bycia zapomnianym), bez wpływu na legalność przetwarzania Pani/Pana danych przed złożeniem żądania.
- V. Przysługuje Pani/Pana prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- VI. Przetwarzanie danych osobowych przez OPS/CPS i CUS jest niezbędne do udzielania i realizacji świadczeń pomocy społecznej oraz podejmowania innych działań mających za zadanie tworzenie warunków umożliwiających mieszkańcom m.st. Warszawy samodzielne funkcjonowanie w miejscu zamieszkania. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych, w związku z realizacją statutowych zadań wynikających z przepisów prawa, w tym ustawy o pomocy społecznej, jest art. 6 ust. 1 lit. c, e RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO. Podanie danych



osobowych nie jest obowiązkowe, jednak jest konieczne do realizacji wskazanych celów. W przypadku zgody wyrażonej w związku z uczestnictwem w **usłudze opieki wychtzeniowej w ramach Modułu III Programu „Opieka wychtzeniowa” – edycja 2019 Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej**, dane osobowe są przetwarzane na podstawie dobrowolnie wyrażonej zgody (art. 6 ust. 1 lit. a RODO, art. 9 ust. 2 lit. a RODO).

- VII. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych również informujemy, że:
- a. OPS/CPS i CUS oświadczają, że przetwarzają Pani/Pana dane osobowe zgodnie z zasadami dotyczącymi przetwarzania danych osobowych określonymi w art. 5 RODO.
  - b. OPS/CPS i CUS przechowuje wszelką dokumentację dotyczącą współadministrowania, dla potrzeb spełnienia wymogu rozliczalności, przy czym każdy ze współadministratorów przechowuje dokumentację ograniczoną do jego zakresu działalności.
  - c. OPS/CPS i CUS nie przekazują Pani/Pana danych osobowych poza Europejski Obszar Gospodarczy.
  - d. OPS/CPS i CUS zobowiązują się do ograniczenia dostępu do Pani/Pana danych osobowych wyłącznie do osób, których dostęp do danych osobowych jest potrzebny dla realizacji wyżej wymienionych celów. Dodatkowo OPS/CPS i CUS zapewniają, że do przetwarzania danych osobowych dopuszczają wyłącznie osoby, które mają imienne upoważnienie nadane przez OPS/CPS i CUS oraz, że osoby dopuszczone do przetwarzania danych osobowych zaciągnęły zobowiązanie do zachowania danych osobowych w tajemnicy, a także osoby zostały uprzednio przeszkolone z zasad i przepisów o ochronie danych osobowych.
  - e. OPS/CPS i CUS zapewniają odpowiedni poziom bezpieczeństwa danych osobowych. OPS/CPS i CUS w celu zapewnienia bezpieczeństwa zapewniają:
    - \* zdolność do ciągłego zapewnienia poufności, integralności, dostępności i odporności systemów i usług przetwarzania danych osobowych;
    - \* zdolność do szybkiego przywrócenia dostępności danych osobowych i dostępu do nich w razie incydentu fizycznego lub technicznego;
    - \* regularne testowanie, mierzenie i ocenianie skuteczności środków technicznych i organizacyjnych służących zapewnieniu bezpieczeństwa przetwarzania;
    - \* w miarę potrzeb i możliwości Administrator OPS/CPS i CUS zobowiązują się do stosowania, tam gdzie ryzyko tego wymaga, pseudonimizację i szyfrowanie danych osobowych.
  - f. OPS/CPS i CUS mogą powierzyć przetwarzanie danych osobowych podmiotowi przetwarzającemu przy zachowaniu wymogów wynikających z RODO, a w szczególności wymogów z art. 28 RODO.
- VIII. We wszelkich sprawach dotyczących ochrony Pani/Pana danych osobowych może się Pani/Pan kontaktować się zarówno z OPS/CPS i CUS, ale to OPS/CPS będzie Pani/Panu na wszystko odpisywał i pilnował realizacji Pani/Pana praw. Oznacza to, że najlepiej, aby kierowała/ł Pani/Pan komunikację w zakresie realizacji Pani/Pana praw do:
- Pani (Pana) .....** - **Inspektora Ochrony Danych**, pocztą na adres: Ośrodek/Centrum Pomocy Społecznej Dzielnicy ..... ul. ...., ..... Warszawa (najlepiej z dopiskiem "Inspektor danych osobowych"), emailiem na adres





---

....., telefonicznie pod numerem ..... lub  
faksem na numer .....