ZAŁĄCZNIK NR 1:

***Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021***

**I. Dane uczestnika Programu:**

Imię i nazwisko: ………………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania: …………………………………………………………………………………………..

Telefon: ………………………………………………………………………………………………………..

**II. Dane osoby z niepełnosprawnością:**

Imię i nazwisko: …………………………………………..

Data urodzenia:…………………….……………………..

Informacje na temat ograniczeń osoby z niepełnosprawnością w zakresie komunikowania się lub poruszania się:

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

**III. Preferowanaforma, wymiar i miejsce świadczenia usług opieki wytchnieniowej:**

□ dzienna, miejsce………………………………………………………………………………………... \*

□ w godzinach ……………………………… □ w dniach ……………………………………….…

**V. Oświadczenia:**

1. Oświadczam, że jestem członkiem rodziny/opiekunem osoby z niepełnosprawnością, która posiada:

- orzeczenie o niepełnosprawności (dot. dzieci)

- orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności/orzeczenie równoważne(dot. osób powyżej 16 r.ż.)\*\*

2. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnością”– edycja 2021.

3. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnością”– edycja 2020-2021 zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).

Miejscowość ………………………………., data ……………………………

..………………………………………………………

 (Podpis uczestnika Programu)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług opieki wytchnieniowej

………………………………………………………..

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

\*Należy wpisać miejsce wymienione w treści Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021:

1) Świadczenie usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego w:

1. miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
2. innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu, które otrzyma pozytywną opinię realizatora Programu.
3. miejscu wskazanym przez uczestnika Programu, które otrzyma pozytywną opinię realizatora Programu.

\*\*Do Karty zgłoszenia należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.

ZAŁĄCZNIK NR 2:

***Karta oceny stanu dziecka/osoby niepełnosprawnej wg zmodyfikowanej skali FIM***

Imię i nazwisko ............................................................................................................................

Adres zamieszkania .....................................................................................................................

PESEL ..........................................................................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Czynność | Stopień samodzielności | Wynik |
| Samoobsługa | Spożywanie posiłków |  |
| Dbałość o wygląd zewnętrzny |  |
| Kąpiel |  |
| Ubieranie górnej części ciała |  |
| Ubieranie dolnej części ciała |  |
| Toaleta |  |
| Kontrola zwieraczy | Oddawanie moczu |  |
| Oddawanie stolca |  |
| Mobilność | Przechodzenie z łóżka na krzesło lub wózek inwalidzki |  |
| Siadanie na muszli klozetowej |  |
| Wchodzenie pod prysznic lub do wanny |  |
| Lokomocja | Chodzenie lub jazda na wózku inwalidzkim |  |
| Schody |  |
| Komunikacja | Zrozumienie |  |
| Wypowiadanie się |  |
| Świadomość społeczna | Kontakty międzyludzkie |  |
| Rozwiązywanie problemów |  |
| Pamięć |  |
| **SUMA** |  |

Maksymalny wynik to 126 punktów, a minimalny to 18.

………………………………………………….

(Miejscowość, data, podpis osoby wypełniającej Kartę)

Pomiar Niezależności Funkcjonalnej (FIM – The Functional Independence Measure)- pozwala na ocenę sprawności funkcjonalnej w zakresie samoobsługi, kontroli zwieraczy, mobilności, niezależności w zakresie lokomocji, komunikacji i świadomości społecznej.

Za każdą czynność podlegającą ocenie dziecko/osoba niepełnosprawna może otrzymać od 1 do 7 punktów:

• 7 punktów – pełna niezależność dziecka/osoby niepełnosprawnej (analizowaną czynność dziecko/osoba niepełnosprawna wykonuje bezpiecznie i szybko);

• 6 punktów – umiarkowana niezależność dziecka/osoby niepełnosprawnej (wykorzystywane są urządzenia pomocnicze);

• 5 punktów – umiarkowana niezależność dziecka/osoby niepełnosprawnej (konieczny jest nadzór lub asekuracja podczas wykonywania czynności);

• 4 punkty – potrzebna minimalna pomoc (dziecko/osoba niepełnosprawna wykonuje samodzielnie więcej niż 75% czynności);

• 3 punkty – potrzebna umiarkowana pomoc (dziecko/osoba niepełnosprawna wykonuje samodzielnie od 50
do 74% czynności);

• 2 punkty – potrzebna maksymalna pomoc (dziecko/osoba niepełnosprawna wykonuje samodzielnie od 25
do 50% czynności);

• 1 punkt – całkowita zależność (dziecko/osoba niepełnosprawna wykonuje samodzielnie mniej niż 25% czynności).

ZAŁĄCZNIK NR 3:

***KLAUZULA INFORMACYJNA RODO***

Zgodnie z art. 13 ust.1 i 2 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 informuję, że:

* Administratorem danych osobowych jest Ośrodek Pomocy Społecznej w Stryszawie mający siedzibę pod adresem 34-205 Stryszawa 18 reprezentowany przez Kierownika – p. Irenę Hutniczak.
* Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować pod adresem poczty elektronicznej: iod@stryszawa.pl lub pisemnie na adres siedziby administratora.
* Dane osobowe będą przetwarzane w celach realizacji świadczeń związanych z wykonywaniem usługi opieki wytchnieniowej w ramach Programu: „Opieka Wytchnieniowa” – edycja 2021, realizacji obowiązków wynikających z podpisanej umowy w sprawie finansowania zadania ze środków Funduszu Solidarnościowego, rozliczania otrzymanych środków a także realizacji obowiązku prawnego ciążącego na administratorze. Dane osobowe będą również przetwarzane w celach archiwalnych i kontrolnych zgodnie z ustawą z dnia 02 stycznia 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach. Brak zgody na przetwarzanie danych osobowych będzie skutkować brakiem możliwości podjęcia czynności urzędowych związanych z realizacja Programu: „Opieka Wytchnieniowa” – edycja 2021.
* Dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich, będą udostępnione uprawnionym na podstawie przepisów prawa odbiorcom.
* Przekazane dane osobowe nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

Posiada Pani/Pan prawo do: żądania dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania a także przenoszenia danych i wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych mającego siedzibę pod adresem: 00-193 Warszawa, ul. Stawki 2.

Więcej informacji można uzyskać bezpośrednio w siedzibie Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Stryszawie lub bezpośrednio u pracownika pozyskującego dane osobowe.

………………………………………………….

 (Miejscowość, data, podpis osoby)

ZAŁĄCZNIK NR 4:

***ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH***

Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit a 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 wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Administratora Danych Osobowych – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Stryszawie mający swoją siedzibę pod adresem 34-205 Stryszawa 18 reprezentowany przez Kierownika –p. Irenę Hutniczak. Oświadczam, że swoje dane osobowe podaję dobrowolnie i zapewniam, że są zgodne z prawdą. Zapoznałam/em się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym również przysługujących mi prawach a zwłaszcza prawie dostępu do treści moich danych osobowych, ich poprawiania czy usunięcia.

………………………………………………….

 (Miejscowość, data, podpis osoby)