

TY TEŻ POTRAFISZ POMÓC!

Załącznik nr 1 do regulaminu „Opieka Wytchnieniowa w Gminie Wrocław” edycja 2025

Nazwa organizacji świadczącej usługę:

Fundacja "Potrafię Pomóc" Na Rzecz Dzieci
Niepełnosprawnych z Wadami Rozwojowymi,
ul. Eugeniusza Horbaczewskiego 24
54-130 Wrocław

**Wniosek rekrutacyjny do Programu
„Opieka wytchnieniowa w Gminie Wrocław”**

I. DANE OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O PRYZNANIE USŁUGI OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ (członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością/osoby powyżej 75 roku życia)	
Imię i nazwisko	
PESEL	
Data urodzenia	
Adres zamieszkania	
Telefon kontaktowy	
e-mail	
II. DANE DOTYCZĄCE OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ / OSOBY POW. 75 R.Ż w związku z opieką nad którą, członek rodziny/opiekun ubiega się o przyznanie usług opieki wytchnieniowej	
Imię i nazwisko	
PESEL	
Data urodzenia	
Wiek	
Adres zamieszkania	



TY TEŻ POTRAFISZ POMÓC!

<p>Osoba podopieczna spełnia co najmniej jeden z warunków uczestnictwa w projekcie, ponieważ:</p>	<input type="checkbox"/>	<p>posiada ważne orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności/orzeczenie traktowane na równi do orzeczenia 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 (Dz. U. z 2023 r. poz. 100, z późn. zm.)</p>
<p>Osoba dorosła z niepełnosprawnością / osoba pow. 75 r.ż. pozostająca pod moją opieką jest osobą:</p>	<input type="checkbox"/>	<p>Jest dzieckiem do ukończenia 16. roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności wraz z punktami 7 i 8, które wskazują na konieczność stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczność stałego współdziałania na co dzień rodzica/opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.</p>
<p>W jakich czynnościach w szczególności wymagane jest wsparcie</p>	<input type="checkbox"/>	<p>posiada ukończone 75 lat.</p>
<p>Osoba dorosła z niepełnosprawnością / osoba pow. 75 r.ż. pozostająca pod moją opieką jest osobą:</p>	<input type="checkbox"/>	<p>posiadającą pełną zdolność do czynności prawnych</p>
<p>Osoba dorosła z niepełnosprawnością / osoba pow. 75 r.ż. pozostająca pod moją opieką jest osobą:</p>	<input type="checkbox"/>	<p>ubezwłasnowolnioną częściowo</p>
<p>Osoba dorosła z niepełnosprawnością / osoba pow. 75 r.ż. pozostająca pod moją opieką jest osobą:</p>	<input type="checkbox"/>	<p>ubezwłasnowolnioną całkowicie</p>
<p>Osoba dorosła z niepełnosprawnością / osoba pow. 75 r.ż. pozostająca pod moją opieką jest osobą:</p>	<input type="checkbox"/>	<p>nie dotyczy (podopieczny/a jest dzieckiem)</p>
<p>W jakich czynnościach w szczególności wymagane jest wsparcie</p>	<p>Tak<input type="checkbox"/>/Nie<input type="checkbox"/></p>	<p>czynności samoobsługowe, w tym utrzymanie higieny osobistej</p>
<p>W jakich czynnościach w szczególności wymagane jest wsparcie</p>	<p>Tak<input type="checkbox"/>/Nie<input type="checkbox"/></p>	<p>prowadzenie gospodarstwa domowego i wypełnianie ról w rodzinie</p>
<p>W jakich czynnościach w szczególności wymagane jest wsparcie</p>	<p>Tak<input type="checkbox"/>/Nie<input type="checkbox"/></p>	<p>przemieszczanie się poza miejscem zamieszkania</p>
<p>W jakich czynnościach w szczególności wymagane jest wsparcie</p>	<p>Tak<input type="checkbox"/>/Nie<input type="checkbox"/></p>	<p>podejmowanie aktywności życiowej i komunikowanie się z otoczeniem</p>



TY TEŻ POTRAFISZ POMÓC!

Informacje na temat ograniczeń osoby z niepełnosprawnością w zakresie komunikowania się lub poruszania się (wypełnia opiekun prawny/członek rodziny/opiekun osoby niepełnosprawnej lub osoby pow. 75 r. ż, który ubiega się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej)	
Uczestniczę / nie uczestniczę do* *(niepotrzebne skreślić)	ośrodka wsparcia, placówki pobytu całodobowego, środowiskowego domu samopomocy, dziennego domu pomocy, warsztatu terapii zajęciowej itd. Jeżeli tak, to gdzie i w jakim wymiarze:
III. PREFEROWANY WYMIAR ŚWIADCZENIA USŁUGI OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ	
ilość dni w dniach od.....do.....	

.....

Miejscowość i data

.....

Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego



TY TEŻ POTRAFISZ POMÓC!

OŚWIADCZENIA RODZICA / OPIEKUNA

Ja, niżej podpisana/y oświadczam, że:

1. sprawuję faktyczną opiekę nad osobą zaliczoną do osób z niepełnosprawnością lub osobą pow. 75 r. ż, a przez to niesamodzielną.
2. nie korzystałam/em / korzystałam/am w poprzednim roku kalendarzowym z tzw. opieki wytchnieniowej (dotyczy to różnych form opieki wytchnieniowej).

W przypadku korzystania z opieki wytchnieniowej, należy wskazać ilość dni:

3. Zapoznałam/am się z regulaminem rekrutacji w programie „Opieka wytchnieniowa w Gminie Wrocław” oraz akceptuję jego postanowienia.

.....

Miejscowość i data

.....

Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego

Załączniki do wniosku rekrutacyjnego:

1. W przypadku osób posiadających orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności, należy załączyć kserokopię orzeczenia (oryginał do wglądu):
 - o niepełnosprawności dziecka 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;
 - o znacznym stopniu niepełnosprawności dotyczy osoby powyżej 16 roku życia.
2. W przypadku osób powyżej 75 roku życia, należy okazać do wglądu dokument tożsamości.



TY TEŻ POTRAFISZ POMÓC!

Klauzula informacyjna

1. Fundacja „Potrafię Pomóc” na Rzecz Dzieci Niepełnosprawnych z Wadami Rozwojowymi z siedzibą we Wrocławiu, ul. Horbaczewskiego 24, 54-130 Wrocław wpisana do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego przez Sąd Rejonowy dla Wrocławia Fabrycznej we Wrocławiu, VI Wydział Gospodarczy KRS, pod numerem KRS: 0000303590, NIP: 8992642928, REGON: 020747657 jest Administratorem Danych osobowych (zwana dalej Administratorem) osób korzystających z jej usług (zwanymi dalej Uczestnikami) oraz ich Opiekunów.
2. Szanując Twoje prawa, jako Uczestnika i Opiekuna oraz respektując obowiązujące przepisy prawa, w tym w szczególności Rozporządzenie 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), zwane dalej RODO, ustawę o ochronie danych osobowych (zwaną dalej Ustawą) i inne właściwe przepisy o ochronie danych osobowych, Administrator zobowiązuje się do zachowania bezpieczeństwa i poufności pozyskanych danych osobowych.
3. Twoje dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji usług świadczonych przez Administratora, w tym w szczególności w celu realizacji specjalistycznych warsztatów i projektów oraz organizowania edukacji i promocji w zakresie ochrony zdrowia. Zgodnie z zasadą minimalizacji wyrażoną w RODO przetwarzamy wyłącznie te dane osobowe, które są niezbędne do osiągnięcia celów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
4. Twoje dane osobowe są przetwarzane na podstawie: art. 6 ust. 1 lit. b) RODO, tj. niezbędność do podjęcia działań na żądanie przed zawarciem umowy, lub art. 6 ust. 1 lit. a) RODO, tj. zgoda na przetwarzanie danych osobowych w określonych celach lub art. 6 ust. 1 lit. f) RODO tj. realizacja prawnie uzasadnionego interesu Administratora którego celem statutowym jest m.in. udzielanie pomocy zgłaszającym się do Administratora osobom; dane osobowe będące danymi szczególnie chronionymi w rozumieniu RODO (dane dotyczące stanu zdrowia i stopnia niepełnosprawności) są przetwarzane, zgodnie z art. 9 ust. 2 lit. a) RODO tj. na podstawie wyrażonej zgody, w celu wskazanym w pkt.3 powyżej.
5. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do korzystania z usług Administratora.
6. Dane osobowe przetwarzamy przez czas niezbędny do osiągnięcia celów wymienionych w punkcie 3. powyżej. Dane osobowe mogą być przetwarzane przez okres dłuższy niż wskazany w zdaniu poprzedzającym, w przypadku gdy takie uprawnienie lub obowiązek nałożony na Administratora wynika ze szczególnych przepisów prawa.
7. Źródłem danych osobowych są Uczestnicy lub ich Opiekunowie.



TY TEŻ POTRAFISZ POMÓC!

8. Twoje dane osobowe nie są przekazywane do państwa trzeciego w rozumieniu przepisów RODO. W przypadku, gdy dane osobowe będą przekazywane do państwa trzeciego, zostaniesz o tym uprzednio poinformowany, a Administrator stosuje zabezpieczenia, o których mowa w rozdziale V RODO.

9. Żadnych danych osobowych nie udostępniamy podmiotom trzecim bez wyraźnej Twojej zgody. Dane osobowe bez Twojej zgody mogą być udostępniane wyłącznie podmiotom prawa publicznego, tj. organom władzy i administracji (np. organom podatkowym, organom ścigania i innym podmiotom posiadającym umocowanie w powszechnie obowiązujących przepisach prawa).

10. Dane osobowe mogą być powierzane do przetwarzania podmiotom przetwarzającym takie dane na rzecz Administratora. W takiej sytuacji zawieramy z podmiotem przetwarzającym umowę powierzenia przetwarzania danych osobowych. Podmiot przetwarzający przetwarza powierzone dane osobowe, ale wyłącznie na potrzeby, w zakresie i w celach wskazanych w umowie powierzenia, o której mowa w zdaniu poprzedzającym. Bez powierzenia Twoich danych osobowych do przetwarzania nie moglibyśmy prowadzić swojej działalności.

11. Twoje Dane osobowe nie podlegają profilowaniu w rozumieniu RODO.

12. Zgodnie z przepisami RODO masz prawo do:

- a) do bycia informowanym o przetwarzaniu danych osobowych,
- b) dostępu do swoich danych osobowych,
- c) poprawiania, uzupełniania, uaktualniania, sprostowania danych osobowych,
- d) usunięcia danych (prawo do bycia zapomnianym),
- e) ograniczenia przetwarzania,
- f) przenoszenia danych,
- g) wniesienia sprzeciwu od przetwarzania danych osobowych,
- h) nie podlegania profilowaniu,
- i) wniesienia skargi do organu nadzorczego (tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych).

13. W odniesieniu do prawa do usunięcia danych (prawo do bycia zapomnianym), zaznaczamy, że zgodnie z przepisami RODO nie masz prawa do skorzystania z tego uprawnienia, jeżeli:

- a) przetwarzanie Twoich danych osobowych jest niezbędne do skorzystania z prawa do wolności wypowiedzi i informacji,
- b) przetwarzanie danych osobowych jest konieczne dla wywiązania się przez nas z obowiązków prawnych wynikającego z przepisów – nie możemy usunąć Twoich danych przez okres niezbędny do wywiązania się z obowiązków (np. podatkowych), które nakładają na nas przepisy prawa,
- c) przetwarzanie Twoich danych jest dokonywane na potrzeby dochodzenia, ustalenia lub obrony roszczeń.

14. Administrator powołał Inspektora Danych Osobowych, którym jest Konrad Cioczek. Wszelkie zapytania, wnioski, skargi dotyczące przetwarzania przez nas danych osobowych, zwane dalej



TY TEŻ POTRAFISZ POMÓC!

Zgłoszeniami, należy kierować na następujący adres e-mail Inspektora Ochrony Danych Osobowych: odo@potrafiepomoc.org.pl lub w formie pisemnej na nasz adres wskazany w pkt. 1 powyżej.

15. W treści Zgłoszenia napisz w sposób wyraźny dane osobowe, których dotyczy Zgłoszenie i zdarzenie, które jest powodem Zgłoszenia, przedstaw swoje żądania oraz podstawę prawną tych żądań, a także wskaż oczekiwany sposób załatwienia sprawy.

16. Jeżeli chcesz skorzystać ze swoich praw, o których mowa w pkt. 12 powyżej, prześlij wiadomość drogą poczty elektronicznej na adres e-mail: odo@potrafiepomoc.org.pl lub w formie pisemnej na nasz adres wskazany w pkt. 1 powyżej.

17. Każdy stwierdzony przypadek naruszenia bezpieczeństwa jest dokumentowany, a w razie wystąpienia jednej z sytuacji określonych w przepisach RODO lub Ustawy, o takim naruszeniu przepisów o ochronie danych osobowych jesteś informowany oraz – jeżeli ma to zastosowanie – także Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

.....

Miejscowość i data

.....

Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego

