

ANKIETA

dotycząca diagnozy związanej z możliwością przystąpienia do programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego

I. Dane podstawowe członka rodziny lub opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę:	
Imię i nazwisko:	
PESEL:	
Adres zamieszkania/ dane teleadresowe:	
Kod pocztowy, miejscowość	
Ulica, nr domu/lokalu:	
Telefon kontaktowy:	

Jestem zainteresowany/a udziałem w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego:	
☐ TAK	☐ NIE
Zamieszkuję we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą z niepełnosprawnością, która wymaga stałej opieki w zakresie potrzeb życia codziennego:	
☐ TAK	☐ NIE
Czy jest Pan/Pani aktywna zawodowo:	
☐ TAK	
☐ NIE – mam ograniczone możliwości podejmowania aktywności zawodowej ze względu na opiekę nad osobą niepełnosprawną	
☐ Nie dotyczy (emeryt rencista)	
Sprawuję bezpośrednią opiekę nad:	
☐ dziećmi od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadającymi orzeczenie o niepełnosprawności	
☐ osobą niepełnosprawną posiadającą orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub osobą niepełnosprawną posiadającą orzeczenie 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	
Proszę wskazać rodzaj niepełnosprawności osoby niepełnosprawnej, którą opiekuje się Pan/Pani w chwili obecnej:	
☐ dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowa – rdzeniowa),	
☐ dysfunkcja narządu wzroku,	
☐ zaburzenia psychiczne,	
☐ dysfunkcje o podłożu neurologicznym,	
☐ dysfunkcja narządu mowy i słuchu,	
☐ pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne.	
W przypadku dziennej opieki wytchnieniowej czy ma Pan/Pani możliwość wskazania osoby, która mogłaby pełnić funkcję opiekuna i jest przygotowana do świadczenia usług opieki wytchnieniowej	
☐ TAK	☐ NIE

Wnioskowana <u>roczna liczba godzin</u> usług opieki wytchnieniowej.....(zgodnie z Program nie więcej niż 240 godzin).	
W jakich czynnościach w szczególności wymagane jest wsparcie:	
1. czynności samoobsługowe, w tym utrzymanie higieny osobistej Tak ☐ /Nie ☐ .	
2. prowadzenie gospodarstwa domowego i wypełnianie ról w rodzinie Tak ☐ /Nie ☐ .	
3. przemieszczanie się poza miejscem zamieszkania Tak ☐ /Nie ☐ .	
4. podejmowanie aktywności życiowej i komunikowanie się z otoczeniem Tak ☐ /Nie ☐ .	
II. Dane podstawowe osoby z niepełnosprawnością, nad którą sprawowana jest bezpośrednia opieka:	
Imię i nazwisko:	
PESEL:	
Adres zamieszkania/ dane teleadresowe:	
Kod pocztowy, miejscowość:	
Ulica, Nr domu/lokalu:	
Telefon kontaktowy:	
Czy os. z niepełnosprawnością jest objęta wsparciem w formie usług opiekuńczych /specjalistycznych usług opiekuńczych/usług obejmujących analogiczne wsparcie finansowane ze środków Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych ?	
☐ TAK	☐ NIE
Czy os. z niepełnosprawnością na stałe przebywa w domu ?	
☐ TAK	☐ NIE
Czy os. z niepełnosprawnością jest osobą uczącą się?	
☐ TAK	☐ NIE
Czy os. z niepełnosprawnością korzysta np. z ośrodka wsparcia, z placówek pobytu całodobowego pobytu, warsztatu terapii zajęciowej, szkoły/placówki?	
☐ TAK	☐ NIE

Brenna,.....
(data i czytelny podpis)

Celem niniejszej ankiety jest dokonanie diagnozy potrzeb osób sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobami z niepełnosprawnością zamieszkujących na terenie gminy Brenna, w zakresie możliwego przystąpienia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego. **Do ankiety należy dołączyć kserokopie ważnego orzeczenia o niepełnosprawności (do wglądu należy przedłożyć oryginał orzeczenia).**

ZŁOŻENIE ANKIETY NIE JEST JEDNOZNACZNE Z ZAKWALIFIKOWANIEM PANA/PANI DO UDZIAŁU W PROGRAMIE, a jedynie służy zaplanowaniu środków finansowych w ramach przedmiotowego Programu.

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 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 (RODO) informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Brennej, ul. Leśnica 8 kierownik Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Brennej zwany dalej: „Administratorem” . We wszystkich sprawach dotyczących ochrony danych osobowych, mają Państwo prawo kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych na adres e-mail: iod@brenna.org.p
2. Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych jest przesłanka RODO z art. 6 ust. 1 lit. c .Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu diagnozy potrzeb mieszkańców gminy Brenna w zakresie realizacji diagnozy związanej z możliwością przystąpienia do programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego.
3. Podanie danych osobowych jest dobrowolne lecz niezbędne do uwzględnienia w diagnozie potrzeb mieszkańców gminy Brenna w zakresie realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego.
4. Pani/Pana dane osobowe po zrealizowaniu celu, dla którego zostały zebrane, będą przetwarzane do celów archiwalnych i przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa i wewnętrznych regulacji dotyczących archiwizowania danych obowiązujących w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Brennej.
5. Administrator może przekazać Pani/Pana dane innym odbiorcom. Odbiorcami Pani/ Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym administrator jest zobowiązany udostępnić dane w oparciu o przepisy powszechnie obowiązującego prawa oraz firmy, które na podstawie stosownych umów przetwarzają dane w imieniu administratora.
6. Administrator nie przekazuje Pani/Pana danych do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowych.
7. Ma Pani/Pan prawo żądać od Administratora dostępu do swoich danych, ich sprostowania, przenoszenia i usunięcia, a także prawo do ograniczenia przetwarzania danych lub do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania jeżeli nie jest to ograniczone poprzez inne przepisy prawne.
8. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przez Administratora przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w Warszawie.
9. W oparciu o Pani/Pana dane osobowe Administrator nie będzie podejmował wobec Pani/Pana zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

Brenna, ...
(data i czytelny podpis)