



.....
(Imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....
(adres zamieszkania wnioskodawcy)

.....
(numer telefonu wnioskodawcy)

Zgłoszenie do Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2019

Zgłaszam potrzebę skorzystania z „Opieki wytchnieniowej” w ramach:

1. wsparcia w zakresie nauki pielęgnacji,
2. wsparcia w zakresie rehabilitacji,
3. wsparcia w zakresie dietetyki.

Oświadczam, że sprawuję bezpośrednią opiekę nad :

- dzieckiem niepełnosprawnym (imię i nazwisko).....data urodzenia.....z orzeczeniem o niepełnosprawności o numerzez dnia..... łącznie ze wskazaniem 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,
- osobą (imię i nazwisko).....data urodzenia.....ze znacznym stopniem niepełnosprawności o numerze....., z dnia.....

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

[W celu weryfikacji podanych danych w zgłoszenie pracownicy Domu Pomocy Społecznej „Zielony Taras” przy ul. Leonida Teligi 4 w Koszalinie mogą żądać okazania orzeczenia wskazanego w oświadczeniu do wglądu.](#)

Klauzula przetwarzania danych osobowych, wraz z Informacjami o przetwarzaniu danych osobowych, znajduje się w załączniku nr 1 do powyższego Zgłoszenia.



Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych przez Dom Pomocy Społecznej „Zielony Taras” w Koszalinie z siedzibą w Koszalinie przy ul. Leonida Teligi 4 będącego administratorem danych osobowych przetwarzanych w celu realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2019”.

.....
(data i czytelny podpis)

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 (zwane dalej rozporządzeniem RODO) informuję , iż:

1. Administrator danych osobowych

Administratorem Pani/Pana danych osobowych Dom Pomocy Społecznej „Zielony Taras” w Koszalinie z siedzibą w Koszalinie przy ul. Leonida Teligi 4 (dalej zwany jako Administrator). Może się Pani/Pan skontaktować z Administratorem w następujący sposób:

- 1) listownie na adres: ul. Leonida Teligi 4, 75-206 Koszalin;
- 2) przez email: dps@dpskoszalin.pl;
- 3) telefonicznie: 947 170 890

1. Inspektor ochrony danych

Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych z którym może się Pani/Pan kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych. Z inspektorem można się kontaktować w następujący sposób:

- 1) listownie na adres: ul. Leonida Teligi 4, 75-206 Koszalin;
- 2) przez email: iodo@dpskoszalin.pl

2. Cele przetwarzania oraz podstawa prawna przetwarzania

Pani/Pana dane są przetwarzane, w celu wypełnienia wymogów prawnych w tym :

- 1) przyjęcie zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2019 ,
- 1) realizacja działań w ramach programu
- 2) archiwizacji sprawy.

Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust.1 lit a) oraz 9 ust 2 lit g) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.4.2016 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 (daj zwane jako - ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (tj. **przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie udzielonej zgody**), oraz art. art. 6 ust.1 lit c) ogólnego rozporządzenia o ochronie danych (tj. **przetwarzanie danych osobowych jest niezbędne dla wypełnienia prawnego obowiązku ciążącego na administratorze**), w związku z obowiązkami prawnymi określonymi w prawie krajowym:

- 1) ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Solidarnościowym Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych.
- 1) obowiązek prawny wynikający z art. 5-6 ustawy z 14.7.1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach – na podstawie tych przepisów mamy obowiązek zarchiwizowania sprawy

3. Okres przechowywania danych osobowych

Dane osobowe będą przechowywane przez 5 lat od chwili zakończenia programu.

4. Odbiorcy danych

Administrator może przekazać dane osobowe w celu kontroli realizacji programu dla Gminy Miasto Koszalin reprezentowanej przez Prezydenta Miasta – Urząd Miejski ul. Rynek Staromiejski 6-7 oraz Wojewody Zachodniopomorskiego . Siedzibą Wojewody Zachodniopomorskiego jest Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki w Szczecinie ul. Wały Chrobrego 4, 70-502 Szczecin.

5. Przekazywanie danych do państwa trzeciego

Pani/Pana dane nie będą przekazywane do państw trzecich.

6. Prawa związane z przetwarzaniem danych osobowych i podejmowaniem zautomatyzowanych decyzji

Przysługują Pani/Panu następujące prawa związane z przetwarzaniem danych osobowych:

- 1) prawo dostępu do Pani/Pana danych osobowych z wyjątkiem danych osób wnioskujących,
- 1) prawo żądania sprostowania Pani/Pana danych osobowych,
- 2) prawo żądania usunięcia Pani/Pana danych osobowych, w sytuacji, gdy przetwarzanie danych jest niezgodne z przepisami prawa;
- 3) prawo żądania ograniczenia przetwarzania Pani/Pana danych osobowych



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

4) prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

Aby skorzystać z powyższych praw, należy skontaktować się z Administratorem lub z inspektorem ochrony danych.

7. Prawo wniesienia skargi do organu

Przysługuje Pani/Panu także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

8. Wymóg podania danych

Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak brak ich podania może skutkować brakiem możliwości udziału w programie.



W celu oceny stanu osób niepełnosprawnych program proponuje stosowanie przez lekarza specjalistę „Karty oceny stanu pacjenta wg zmodyfikowanej skali Barthel” – skala ta została wprowadzona jedynie pomocniczo, a niewypełnienie karty nie wyklucza z udziału w programie.

KARTA OCENY STANU PACJENTA WG ZMODYFIKOWANEJ SKALI BARTHEL

Imię i nazwisko pacjenta

Adres zamieszkania

PESEL

L/p	NAZWA CZYNNOŚCI *	WARTOŚĆ PUNKTOWA **/
1.	Spożywanie posiłków 0= nie jest w stanie samodzielnie jeść lub przełykać, 5= potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu, karmieniu doustnym 10= samodzielny, niezależny	
2.	Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem/siadanie 0= nie jest w stanie przemieszczać się, nie zachowuje równowagi przy siadaniu oraz siedzeniu 5= przemieszcza się z pomocą fizyczną jednej lub dwóch osób, może siedzieć 10= mniejsza pomoc (słowna lub fizyczna) 15= samodzielny	
3.	Utrzymanie higieny osobistej 0= nie jest w stanie wykonać żadnych czynności higienicznych 5= potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności higienicznych 10= samodzielny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, także z zapewnionymi pomocami	
4.	Korzystanie z toalety (WC) 0= nie korzysta w ogóle z toalety 5= potrzebuje lub częściowo potrzebuje pomocy przy korzystaniu z toalety 10= samodzielny w dotarciu do toalety oraz w zdejmowaniu i zakładaniu części garderoby	
5.	Mycie i kąpiel całego ciała 0= kąpany w wannie przy pomocy podnośnika 5= wymaga pomocy 10= samodzielny	
6.	Poruszanie się po powierzchniach płaskich 0= w ogóle nie porusza się 5= porusza się na odległość do 50m za pomocą sprzętu wspomagającego i z pomocą co najmniej jednej osoby 10= samodzielny, niezależny w poruszaniu się na odległość powyżej 50m, także w użyciu sprzętu wspomagającego	
7.	Wchodzenie i schodzenie po schodach 0= nie jest w stanie wchodzić i schodzić po schodach nawet z pomocą innej osoby 5= potrzebuje pomocy fizycznej asekuracji, przenoszenia 10= samodzielny	



8.	Ubieranie się i rozbieranie 0= potrzebuje kompleksowej pomocy innej osoby 5= potrzebuje częściowej pomocy innej osoby 10= samodzielny, niezależny (także w zapinaniu guzików, zamka, zawiązywanie sznurowadeł)	
9.	Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu 0= nie panuje nad oddawaniem stolca 5= sporadycznie bezwiednie oddaje stolec 10= kontroluje oddawanie stolca	
10.	Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego 0= nie panuje nad oddawaniem moczu 5= sporadycznie bezwiednie oddaje mocz 10= kontroluje oddawanie moczu	
Łączna liczba punktów (wynik oceny) ***		

Dodatkowe, inne niż wymienione wyżej, przesłanki świadczące o zakwalifikowaniu pacjenta do grupy osób niesamodzielnych tj. osób które ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymagają opieki lub wsparcia w związku z niemożliwością wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego

.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
data, pieczęć, podpis lekarza specjalisty

- * w punktach 1-10 należy wybrać jedną z możliwości najlepiej opisującą stan pacjenta i podkreślić
- ** wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości
- *** w ramce wpisać uzyskaną sumę punktów