

Głuchołazy, dnia .....

.....  
Imię i nazwisko

.....  
adres stałego zameldowania

.....  
adres pobytu

.....  
PESEL

.....  
Seria i numer dowodu osobistego

.....  
Nr konta

.....  
(właściciel, współwłaściciel, pełnomocnictwo)

.....  
Nr telefonu

Ośrodek Pomocy Społecznej  
w Głuchołazach  
al. Jana Pawła II nr 14

**WNIOSEK O SPECJALISTYCZNE USŁUGI OPIEKUŃCZE ŚWIADCZONE W MIEJSCU ZAMIESZKANIA  
DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI  
(dla dzieci i młodzieży)**

Proszę o udzielenie pomocy w formie:

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

Osoby zamieszkujące i prowadzące wspólne gospodarstwo domowe:

Lp.	Imię i nazwisko	PESEL	Stopień pokrewieństwa

**POUCZENIE**

Oświadczam, że zostałem/łam pouczony/na iż złożenie niniejszego podania jest wszczęciem przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Głuchołazach postępowania administracyjnego zgodnie z art. 61§1 i 4 Kodeksu postępowania administracyjnego.

.....  
Podpis

**Informacja o przetwarzaniu danych osobowych zgodnie z art. 13 i 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE**

1	Tożsamość i dane kontaktowe administratora	Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Ośrodek Pomocy Społecznej z siedzibą w Głuchołazach (48-340) przy Alei Jana Pawła II 14.
2	Dane kontaktowe inspektora ochrony danych	Inspektor Ochrony Danych w Ośrodku Pomocy Społecznej w Głuchołazach email: iod@ops-glucholazy.pl, tel.: (77) 403 62 22, adres: 48-340 Głuchołazy, Aleja Jana Pawła II 14.
3	Cele przetwarzania danych osobowych	Celem przetwarzania danych osobowych jest przyznawanie i udzielanie świadczeń z pomocy społecznej oraz dochodzenie nienależnie pobranych świadczeń
4	Podstawy prawne przetwarzania danych osobowych	Art. 6 ust. 1 lit. c i e Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO) Ustawa z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej Ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego Ustawa z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach
5	Przetwarzanie danych osobowych na podstawie prawnie uzasadnionych interesów administratora lub strony trzeciej	Prawnie uzasadnione interesy administratora lub strony trzeciej: - dochodzenie należności - ochrona roszczeń - badania naukowe - badania statystyczne
6	Informacje o odbiorcach danych osobowych lub o kategoriach odbiorców, jeżeli istnieją	Pani/Pana dane osobowe będą udostępniane współadministratorom, podmiotom, którym powierzyliśmy przetwarzanie danych na podstawie zawartych umów, a także innym podmiotom i instytucjom upoważnionym z mocy prawa
7	Okres, przez który dane osobowe będą przechowywane, a w przypadku gdy nie jest to możliwe, kryteria ustalania tego okresu	Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres adekwatny i nie dłuższy od okresów zgodnych z aktualnie obowiązującymi przepisami prawa w poszczególnych obszarach przetwarzania danych
8	Informacje o prawach przysługujących osobie, której dane osobowe dotyczą	Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych osobowych, do ich sprostowania, do ich usunięcia w przypadku ustania celu dla którego były przetwarzane, do ograniczenia ich przetwarzania, a także do zaprzestania ich przetwarzania.
9	Informacje o prawie wniesienia skargi do organu nadzorczego	Przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego: Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą w Warszawie (00-193) przy ul. Stawki 2
10	Informacje czy podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym lub umownym lub warunkiem zawarcia umowy oraz czy osoba, której dane osobowe dotyczą, jest zobowiązana do ich podania i jakie są ewentualne konsekwencje niepodania danych	Podanie danych przez klientów Ośrodka Pomocy Społecznej jest obowiązkowe, w przypadku braku podania danych osobowych realizacja zadania przez podmiot przetwarzający będzie niemożliwa
11	Inne informacje	Pani/Pana dane nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej, nie będą one podlegały personalizacji ani zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji

Zapoznałam/lem się z powyższą informacją

.....  
data

.....  
podpis

### Zaświadczenie lekarskie

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

Rozpoznanie.....

Symbol zaburzenia psychicznego.....

Rodzaj i liczba godzin specjalistycznych usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania dla osób z zaburzeniami psychicznymi:

Rodzaj usługi	Ilość godzin		Jaki specjalista powinien świadczyć usługę
	w tygodniu	w miesiącu	
w ramach zajęć rewalidacyjno-wychowawczych:			
w ramach rehabilitacji:			

Zaświadczenie jest ważne na okres:.....

<b>Zaznaczyć właściwe:</b>	
Dziecko nie wymaga skorzystania z dodatkowej pomocy w ramach dostępu do zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, ponieważ pomoc organizowana przez szkołę jest wystarczająca	
Dziecko nie wymaga skorzystania z dodatkowej pomocy w ramach dostępu do zajęć rehabilitacji medycznej ponieważ ma możliwość dostępu do zajęć w ramach NFZ,	
– w tym celu otrzymało skierowanie do:	

.....  
Data i podpis lekarza/specjalisty

## Zaświadczenie

Imię i nazwisko dziecka.....

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna.....

Czy dziecko posiada opracowany Indywidualny Program Rewalidacyjno-Wychowawczy na bieżący rok szkolny? .....

Formy pomocy jakimi dziecko jest objęte, ponad obowiązkowy program nauczania:

Rodzaj wsparcia	Liczba godzin			
	zajęcia grupowe		zajęcia indywidualne	
	w tygodniu	w miesiącu	w tygodniu	w miesiącu
pedagog				
pedagog specjalny				
oligofrenopedagog				
psycholog				
logopeda				
Inny specjalista (jaki?):				
wsparcie w ramach rehabilitacji fizycznej:				

Czy dziecko ma możliwość skorzystania ze wsparcia innych specjalistów, zapewnionego przez szkołę/przedszkole, a rodzic/opiekun zrezygnował z proponowanej formy pomocy? .....

Jeśli tak, to proszę o wskazanie z pomocy jakich specjalistów dziecko może dodatkowo skorzystać:

Rodzaj wsparcia	Liczba godzin			
	zajęcia grupowe		zajęcia indywidualne	
	w tygodniu	w miesiącu	w tygodniu	w miesiącu

Inne uwagi szkoły/przedszkola w zakresie organizowania dla dziecka przez OPS dostępu do zajęć rewalidacyjno-wychowawczych oraz rehabilitacji

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

Data i podpis osoby wystawiającej zaświad

.....dnia.....

### ZAŚWIADCZENIE

Zaświadcza się, że Pan/i.....

Zamieszkały/a.....

Jest zatrudniony/a w wymiarze czasu pracy.....

Na stanowisku.....

Stosunek pracy zawarto dnia..... na czas.....

Osiągnął/ęła w miesiącu.....20.....r.:

Przychód (brutto) - .....Słownie.....

od którego odprowadzono:

- składkę na fundusz ubezpieczeń społecznych w wys. ....

- składkę na fundusz ubezpieczeń zdrowotnych w wys. ....

- zaliczkę na podatek dochodowy od osób fizycznych w wys. ....

- koszty uzyskania przychodu w wys. ....

Z wynagrodzenia dokonywane jest potrącenie komornicze w wys. ....

W ciągu ostatnich 12 miesięcy zakład wypłacił – nie wypłacił dodatkowe jednorazowe wynagrodzenie w wys..... w miesiącu.....20.....r. z tytułu..... .

.....  
(podpis osoby upoważnionej)

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(miejscowość)

.....  
dnia

.....  
(adres)  
.....

## OŚWIADCZENIE O STANIE MAJĄTKOWYM<sup>1)</sup>

Ja, .....  
imię i nazwisko

urodzony(-na) .....  
data i miejscowość

oświadczam, że na stan majątkowy mojej rodziny / mój<sup>2)</sup> składają się<sup>3)</sup>:

### I. Nieruchomości:

– Lokal mieszkalny:

nie posiadam

posiadam (wielkość [w m<sup>2</sup>], tytuł prawny):  
.....  
.....

– Dom:

nie posiadam

posiadam (wielkość [w m<sup>2</sup>], tytuł prawny):  
.....  
.....

– Place, działki:

nie posiadam

posiadam (powierzchnia [w m<sup>2</sup>], tytuł prawny):  
.....  
.....

– Gospodarstwo rolne:

nie posiadam

posiadam (rodzaj, liczba hektarów, w tym przeliczeniowych):  
.....  
.....

1) Należy uwzględnić majątek objęty wspólnością ustawową oraz majątek odrębny.

2) Niepotrzebne skreślić (wybrać z listy).

3) Zaznaczyć właściwe  lub

## II. Ruchomości:

– Samochody:

nie posiadam                       posiadam (typ, rocznik, wartość szacunkowa):

.....  
.....

– Maszyny:

nie posiadam                       posiadam (rodzaj, wartość szacunkowa):

.....  
.....

– Inne:

nie posiadam                       posiadam (rodzaj, wartość szacunkowa):

.....  
.....

## III. Posiadane zasoby:

– Pieniężne (oszczędności, papiery wartościowe itp.):

nie posiadam                       posiadam (wartość nominalna):

.....  
.....

– Przedmioty wartościowe:

nie posiadam                       posiadam (wartość szacunkowa):

.....  
.....

## IV. Inne, dodatkowe informacje o stanie majątkowym:

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

Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....  
podpis

..... dnia.....  
.....  
.....

(imię i nazwisko, adres)

## O Ś W I A D C Z E N I E

Po zapoznaniu się z odpowiedzialnością karną za składanie fałszywych zeznań określoną w art. 233 Kodeksu Karnego, oświadczam, że:

### I. Prowadzę wspólne gospodarstwo domowe z :

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

(podać imię, nazwisko, stopień pokrewieństwa)

### II. Moja rodzina (wraz ze mną) posiada następujący dochód w ms-cu .....2023r:

- z pracy ..... z pracy za granicą .....
- z umowy zlecenie/ umowy o dzieło .....
- z gospodarstwa rolnego ..... o powierzchni .....ha przeliczeniowego
- z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej .....
- renta/emerytura (w tym z zagranicy)/świadczenie przedemerytalne.....
- zasiłek dla bezrobotnych .....
- stypendia szkoleniowe/stażowe ..... praktyki szkolne .....
- stypendia socjalne/naukowe/unijne/inne .....
- zasiłek macierzyński .....
- świadczenia rodzinne ..... dodatki do zasiłku rodzinnego .....
- zasiłek pielęgnacyjny ..... świadczenie pielęgnacyjne .....
- alimenty ..... świadczenie alimentacyjne .....
- dodatek mieszkaniowy ..... od ..... do .....
- zasiłek stały ..... zasiłek okresowy.....
- praca dorywcza ..... pomoc rodziny .....
- z innych źródeł .....



III. Oświadczam, że w ciągu 12 miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku lub w okresie pobierania świadczenia z pomocy społecznej uzyskałem/am lub członek mojej rodziny dochód jednorazowy przekraczający pięciokrotność kwoty:

- kryterium dochodowego osoby samotnie gospodarującej, tj. 3.505,00 zł

Data uzyskania dochodu ....., kwota .....  
z tytułu .....

- kryterium dochodowego rodziny, tj. 2.640,00 zł (na osobę)

Data uzyskania dochodu ....., kwota .....  
z tytułu .....

IV. Oświadczam, że uzyskałem/łam lub członek mojej rodziny jednorazowo dochód należny za dany okres w wys ..... data uzyskania ..... za okres od ..... do .....

V. Ponoszę/moja rodzina opłaty w wysokości:

- czynsz ..... energia..... gaz .....

- woda ..... telefon ..... tytułem rat .....

- żłobek/przedszkole/szkoła ..... leki/koszty leczenia .....

- inne .....

VI. Oświadczam, że przed przystąpieniem do przeprowadzenia rodzinnego wywiadu środowiskowego zostałem/łam pouczony o odpowiedzialności karnej z art., 233 ustawy z dn. 6 czerwca 1997 r. (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 2204 z późn. zm.), tj.:

„art. 233 §1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

§1a. Jeżeli sprawca czynu określonego w §1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższemu, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie

§6. Przepisy §1–3 oraz 5 stosuje się odpowiednio do osoby, która składa fałszywe oświadczenie, jeżeli przepis ustawy przewiduje możliwość odebrania oświadczenia pod rygorem odpowiedzialności karnej.”  
Oświadczam, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

VII. Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/a przez pracownika socjalnego o obowiązkach określonych w art. 109 ustawy z dn. 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. 2017, poz. 1769 z późn. zm.), tj.:

„Osoby i rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej są obowiązane niezwłocznie poinformować organ, który przyznał świadczenie , o każdej zmianie w ich sytuacji osobistej, dochodowej i majątkowej, która wiąże się z podstawą przyznania świadczeń”.

VIII. Jednocześnie oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/a, iż udzielenie pracownikowi socjalnemu danych niezgodnych ze stanem faktycznym spowoduje wyegzekwowanie zwrotu bezprawnie uzyskanych świadczeń z pomocy społecznej.

IX. Zgodnie z art. 10 § 1 kodeksu postępowania administracyjnego (t.j.: 2017, poz. 1257) – Organy administracji publicznej obowiązane są zapewnić stronom czynny udział w każdym stadium postępowania, a przed wydaniem decyzji umożliwić im wypowiedzenie się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań.

.....  
(podpis i pieczętka przyjmującego oświadczenie)

.....  
(podpis osoby składającej oświadczenie)