

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 osób dorosłych)**

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 pouczone/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

.....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)

.....
 Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
 lub praktyki lekarskiej

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, w ramach: – rehabilitacji fizycznej i usprawniania zaburzonych funkcji organizmu:	Ilość godzin	
	w tygodniu	w miesiącu

Zaświadczenie jest ważne na okres:.....

.....
 Data i podpis lekarza/specjalisty

Zakres usług realizowany w ramach specjalistycznych usług opiekuńczych¹

Rodzaj usługi	Wymiar godzin ²
uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia, w tym:	
Kształtowanie umiejętności zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych i umiejętności społecznego funkcjonowania, motywowanie do aktywności, leczenia i rehabilitacji, prowadzenie treningów umiejętności samoobsługi i umiejętności społecznych oraz wspieranie, także w formie asystowania w codziennych czynnościach życiowych.	
– samoobsługa, zwłaszcza wykonywanie czynności gospodarczych i porządkowych, w tym umiejętność utrzymania i prowadzenia domu, w tym:: 1. 2.	
– dbałość o higienę i wygląd, w tym: 1. 2.	
– utrzymywanie kontaktów z domownikami, rówieśnikami, w miejscu nauki i pracy oraz ze społecznością lokalną, w tym: 1. 2.	
– samoobsługa, zwłaszcza wykonywanie czynności gospodarczych i porządkowych, w tym: 1. 2.	
– wspólne organizowanie i spędzanie czasu wolnego, w tym: 1. 2.	
– korzystanie z usług różnych instytucji, w tym 1. 2.	
Interwencje i pomoc w życiu w rodzinie.	
– pomoc w radzeniu sobie w sytuacjach kryzysowych - poradnictwo specjalistyczne, interwencje kryzysowe, wsparcie psychologiczne, rozmowy terapeutyczne, w tym: 1. 2.	
– ułatwienie dostępu do edukacji i kultury, w tym: 1. 2.	
– doradztwo, koordynacja działań innych służb na rzecz rodziny, której członkiem jest osoba uzyskująca pomoc w formie specjalistycznych usług, w tym: 1. 2.	
– kształtowanie pozytywnych relacji osoby wspieranej z osobami bliskimi, w tym: 1. 2.	
– współpraca z rodziną - kształtowanie odpowiednich postaw wobec osoby chorej, niepełnosprawnej, w tym: 1. 2.	
Pomoc w załatwianiu spraw urzędowych	
– w uzyskaniu świadczeń socjalnych, emerytalno-rentowych, w tym:	

¹ Wzór ten, po zmodyfikowaniu może również służyć jako załącznik uszczegóławiający zakres przyznanych usług do wydanej decyzji administracyjnej

² Tygodniowo lub miesięcznie

1.	
2.	
– w wypełnieniu dokumentów urzędowych, w tym:	
1.	
2.	
Wspieranie i pomoc w uzyskaniu zatrudnienia.	
– w szukaniu informacji o pracy, pomoc w znalezieniu zatrudnienia lub alternatywnego zajęcia, w szczególności uczestnictwo w zajęciach warsztatów terapii zajęciowej, zakładach aktywności zawodowej, środowiskowych domach samopomocy, centrach i klubach integracji społecznej, klubach pracy, w tym:	
1.	
2.	
– w kompletowaniu dokumentów potrzebnych do zatrudnienia, w tym:	
1.	
2.	
– w przygotowaniu do rozmowy z pracodawcą, wspieranie i asystowanie w kontaktach z pracodawcą, w tym:	
1.	
2.	
– w rozwiązywaniu problemów psychicznych wynikających z pracy lub jej braku, w tym:	
1.	
2.	
– pomoc w gospodarowaniu pieniędzmi, w tym:	
– nauka planowania budżetu, asystowanie przy ponoszeniu wydatków, w tym:	–
1.	
2.	
– pomoc w uzyskaniu ulg w opłatach, w tym:	–
1.	
2.	
– zwiększanie umiejętności gospodarowania własnym budżetem oraz usamodzielnianie finansowe, w tym:	–
1.	
2.	
pielęgnacja - jako wspieranie procesu leczenia	
– pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych, w tym:	
1.	
2.	
– uzgadnianie i pilnowanie terminów wizyt lekarskich, badań diagnostycznych, w tym:	
1.	
2.	
– pomoc w wykupywaniu lub zamawianiu leków w aptece,	
– pilnowanie przyjmowania leków oraz obserwowanie ewentualnych skutków ubocznych ich stosowania, w tym:	
1.	
2.	
– w szczególnie uzasadnionych przypadkach zmiana opatrunków, pomoc w użyciu środków pomocniczych i materiałów medycznych, przedmiotów ortopedycznych, a także w utrzymaniu higieny, w tym:	
1.	
2.	
– pomoc w dotarciu do placówek służby zdrowia, w tym:	
1.	
2.	
– pomoc w dotarciu do placówek rehabilitacyjnych, w tym:	
1.	
2.	

rehabilitacja fizyczna i usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu w zakresie nieobjętym przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych		
	zgodnie z zaleceniami lekarskimi lub specjalisty z zakresu rehabilitacji ruchowej lub fizjoterapii, współpraca ze specjalistami w zakresie wspierania psychologiczno-pedagogicznego i edukacyjno-terapeutycznego zmierzającego do wielostronnej aktywizacji osoby korzystającej ze specjalistycznych usług: w tym:	
	1.	
	2.	
pomoc mieszkaniowa		
	w uzyskaniu mieszkania, negocjowaniu i wnoszeniu opłat, w tym:	
	1.	
	2.	
	w organizacji drobnych remontów, adaptacji, napraw, likwidacji barier architektonicznych, w tym:	
	1.	
	2.	
	kształtowanie właściwych relacji osoby uzyskującej pomoc z sąsiadami i gospodarzem domu, w tym:	
	1.	
	2.	

.....
Data i podpis świadczeniobiorcy/opiekuna

.....
(imię i nazwisko)

.....
(miejscowość)

.....
dnia

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

OŚWIADCZENIE O STANIE MAJĄTKOWYM¹⁾

Ja,
imię i nazwisko

urodzony(-na)
data i miejscowość

oświadczam, że na stan majątkowy mojej rodziny / mój²⁾ składają się³⁾:

I. Nieruchomości:

– Lokal mieszkalny:

nie posiadam

posiadam (wielkość [w m²], tytuł prawny):
.....
.....

– Dom:

nie posiadam

posiadam (wielkość [w m²], tytuł prawny):
.....
.....

– Place, działki:

nie posiadam

posiadam (powierzchnia [w m²], 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-cu2023r:

- z pracy z pracy za granicą
- z umowy zlecenie/ umowy o dzieło
- z gospodarstwa rolnego o powierzchniha 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 rodzinnedodatki 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 pouczone 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)