

WNIOSEK O PRZYJECIE DO MIESZKANIA WSPOMAGANEGO

I. Dane osoby składającej wniosek:

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Stan cywilny:

Stopień niepełnosprawności (jeżeli dotyczy):

Telefon:

E-mail:

II. Uzasadnienie wniosku / opis sytuacji życiowej:

This image shows a full page of white paper with horizontal dashed lines, typical of primary school writing paper. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

III. Oświadczenia

1. Oświadczenie o przetwarzaniu danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Centrum Usług Społecznych w Krasnopolu w celu przeprowadzenia naboru do mieszkań wspomaganych.

Data: Podpis:

2. Oświadczenie o zapoznaniu się z Regulaminem

Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem mieszkań wspomaganych CUS Krasnopol i akceptuję jego treść.

Data: Podpis:

3. Oświadczenie o stanie zdrowia

Oświadczam, że mój stan zdrowia pozwala na funkcjonowanie w warunkach mieszkania wspomagane.

Data: Podpis:

4. Oświadczenie o sytuacji mieszkaniowej

Oświadczam, że:

- ☐ nie posiadam innego miejsca zamieszkania
- ☐ moje obecne warunki mieszkaniowe uniemożliwiają samodzielne funkcjonowanie
- ☐ mieszkam na terenie Gminy Krasnopol

Data: Podpis:

IV. Załączniki

- ☐ orzeczenie o niepełnosprawności (jeżeli dotyczy)
- ☐ zaświadczenie lekarskie wraz z oceną według skali Barthel
- ☐ dokumenty potwierdzające sytuację życiową
- ☐ oświadczenia wymagane przez CUS

V. Klauzula informacyjna RODO

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 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 (DZ. Urz. L. 119/1, 4/5/2016) oraz K.p.a. informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Dyrektor Centrum Usług Społecznych w Krasnopolu przy ul. Wojska Polskiego 22 tel.: 87/565 58 16, adres e-mail: sekretariat@cus.krasnopol.eu

2. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych osobowych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: inspektor@cbi24.pl lub pisemnie na adres Administratora.

3. Cel przetwarzania danych – rozpatrzenie zgłoszenia oraz przeprowadzenie procesu rekrutacji do mieszkań wspomaganych prowadzonych przez Centrum Usług Społecznych w Krasnopolu.

4. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w formie papierowej i elektronicznej w CUS Krasnopol oraz mogą być pozyskiwane oraz weryfikowane za pośrednictwem dostępnych Systemów Informatycznych. Dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.

5. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych mogą być: organy administracji publicznej, w ramach realizacji swoich zadań, które zwrócą się do nas o przekazanie Pani/Pana danych osobowych, w oparciu o obowiązujące przepisy prawa, organy publiczne, które mogą otrzymywać Pana/i dane osobowe w ramach konkretnego postępowania zgodnie z prawem Unii lub prawem państwa członkowskiego, nie są uznawane za odbiorców.

6. Podstawą do przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO, a także przepisy ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej – w zakresie realizacji zadania polegającego na prowadzeniu mieszkań wspomaganych oraz kwalifikowaniu osób do udziału w tym wsparciu.

7. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

8. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres realizacji celów oraz w formie archiwalnej:

a) akta osób w stosunku do których prowadzone jest postępowanie wobec dłużnika alimentacyjnego - 10 lat.

9. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia po okresie archiwizacji, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych,

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

10. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

11. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Jest Pani/Pan zobowiązana/y do ich podania, a konsekwencją nie podania danych osobowych będzie odmowa rozpatrzenia w/w podania.

Miejscowość, data i podpis

Krasnopol, dnia

Podpis Wnioskodawcy:

Załączniki:

1. Potwierdzona za zgodność z oryginałem kopia orzeczenia o niepełnosprawność (jeżeli dotyczy).
2. Zaświadczenie lekarskie wraz z załącznikami

.....
Pieczętka ośrodka zdrowia

.....
Miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię i nazwisko:

PESEL:

Jest osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu ale nie wymaga całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności (pod tym pojęciem rozumie się osoby o ograniczonej samodzielności jednak nie wymagające całodobowej opieki i pielęgnacji).

Załącznik: Ocena Pacjenta według skali Barthel

.....
Podpis lekarza

OCENA PACJENTA WEDŁUG SKALI BARTHEL

L/p	Nazwa czynności *	Wartość punktowa **
1.	Spożywanie posiłków 0 = nie jest w stanie samodzielnie jeść, 5 = potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. 10 = samodzielny, niezależny.	
2.	Przemieszczanie się (z łóżka na krzesło i z powrotem / siadanie) 0 = nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siadaniu, 5 = większa pomoc (w jedną, dwie osoby, fizyczna), może siedzieć, 10 = mniejsza pomoc (słowna lub fizyczna), 15 = samodzielny.	
3.	Utrzymanie higieny osobistej 0 = potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności osobistych, 5 = niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, goleniu (z zapewnionymi pomocami).	
4.	Korzystanie z toalety (WC) 0 = zależny, 5 = częściowo potrzebuje pomocy, 10 = niezależny (w zdejmowaniu, zakładaniu, ubieraniu części garderoby).	
5.	Mycie, kąpiel całego ciała 0 = zależny, 5 = niezależny.	
6.	Poruszanie się (po powierzchniach płaskich) 0 = nie porusza się lub <50 m, zależny na wózku, 5 = niezależny na wózku, 10 = spaceruje z pomocą jednej osoby >50m, 15 = niezależny (ale może potrzebować pomocy np. laski) >50.	
7.	Wchodzenie i schodzenie po schodach 0 = nie jest samodzielny, 5 = potrzebuje pomocy (fizycznej, przenoszenia), 10 = samodzielny.	
8.	Ubieranie i rozbieranie się. 0 = zależny, 5 = potrzebuje pomocy, ale część czynności może wykonać bez pomocy 10 = niezależny (w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp.)	
9.	Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu 0 = nie panuje nad oddawaniem stolca (lub występuje konieczność wykonania lewatywy), 5 = przypadkowe zdarzenia bezwiednego oddawania stolca, 10 = kontroluje oddawanie stolca.	
10.	Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego 0 = nie panuje nad oddawaniem moczu lub jest cewnikowany i przez to niesamodzielny, 5 = przypadkowe zdarzenia bezwiednego oddawania moczu, 10 = kontroluje oddawanie m	
Wynik kwalifikacji ***		

Data,.....

.....

Podpis lekarza/ pielęgniarki środowiskowej

* w punktach od 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