

Zarządzenie Nr PCPR.ZN.021.10.2021
Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Nowym Dworze Mazowieckim
z dnia ...30.03.2021 r.

w sprawie wprowadzenia procedury dotyczącej Środowiskowego Domu Samopomocy - Ośrodka Wsparcia prowadzonego na zlecenie Powiatu Nowodworskiego

Na podstawie Uchwały nr 148/2020 Zarządu Powiatu Nowodworskiego z dnia 15 stycznia 2020 r. w sprawie upoważnienia Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Dworze Mazowieckim do podejmowania czynności związanych z rozliczeniem dotacji udzielonej przez Powiat Nowodworski Caritas Diecezji Warszawsko-Praskiej na podstawie umowy WAO.032.88.2019 na realizację w latach 2019-2022 zadania z zakresu pomocy społecznej na prowadzenia Powiatowego Ośrodka Wsparcia – Środowiskowego Domu Samopomocy dla 40 osób upośledzonych umysłowo i przewlekle psychicznie chorych w zw. z § 9 ust. 1 pkt 8 Regulaminu Organizacyjnego Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Dworze Mazowieckim, stanowiącego załącznik do uchwały nr 43/2019 Zarządu Powiatu Nowodworskiego z dnia 27 lutego 2019 r., zarządza się, co następuje:

§ 1.

Wprowadza się procedurę dotyczącą Środowiskowego Domu Samopomocy - Ośrodka Wsparcia prowadzonego na zlecenie Powiatu Nowodworskiego w brzmieniu załącznika do niniejszego zarządzenia.

§ 2.

Nadzór nad realizacją zarządzenia sprawuje Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Dworze Mazowieckim

§ 3.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

DYREKTOR
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie

mgr Marek Rączka

Załącznik do zarządzenia
Dyrektora PCPR w
Nowym Dworze
Mazowieckim
PCPR.ZN.021/10.2021
z dnia ..30.03..2021 r.



**POWIATOWE CENTRUM
POMOCY RODZINIE**

W NOWYM DWORZE MAZOWIECKIM

*Procedura dotycząca Środowiskowego Domu Samopomocy -
Ośrodka Wsparcia prowadzonego na zlecenie Powiatu
Nowodworskiego*

*„Człowiek jest wspaniałą istotą nie z powodu dóbr, które posiada, ale jego czynów.
Nie ważne jest to co się ma, ale czym się dzieli z innymi.”*

Jan Paweł II

I. SŁOWNIK:

O ile w dalszej części procedury mowa jest o:

- 1) **PCPR** – rozumie się przez to Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Dworze Mazowieckim;
- 2) **Dyrektorze PCPR** – rozumie się przez to Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Dworze Mazowieckim;
- 3) **ŚDS** - rozumie się przez to Środowiskowy Dom Samopomocy – Ośrodek Wsparcia prowadzony na zlecenie Powiatu Nowodworskiego przez organizację pozarządową - Caritas Diecezji Warszawsko – Praskiej, pod adresem: ul. Chemików 6, 05-100 Nowy Dwór Mazowiecki;
- 4) **uczestniku ŚDS** – rozumie się przez to osobę, którą skierowano do ŚDS na podstawie decyzji administracyjnej wydanej przez Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie działającego z upoważnienia Starosty Nowodworskiego;
- 5) **kierowniku ŚDS** – rozumie się przez to osobę zatrudnioną w ŚDS na stanowisku kierownika.

II. ZAŁOŻENIA

Założeniami funkcjonowania ŚDS są przywracanie osobom z zaburzeniami psychicznymi radzenia sobie w sytuacjach życiowych na najwyższym z możliwych poziomie, stwarzanie możliwości do rozwoju ruchu samopomocowego oraz rozwój sieci oparcia społecznego we współpracy z najbliższym i dalszym otoczeniem społecznym.

III. CELE

Celem działalności ŚDS jest wspieranie uczestników i ich rodzin oraz kompensowanie skutków niepełnosprawności w sferze zdrowia psychicznego, a także propagowanie modelu zdrowej rodziny poprzez:

- 1) stwarzanie warunków do nabycia umiejętności wykonywania podstawowych czynności życia codziennego, doskonalenia umiejętności nabytych oraz realizacji zadań życiowych,
- 2) podtrzymywanie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia,
- 3) zapewnienie miejsca pobytu, jednego gorącego posiłku dziennie, w tym dietetycznego, zgodnie ze wskazówkami lekarza,
- 4) wsparcie psychologiczne i wsparcie terapeutyczne w sytuacjach kryzysowych,
- 5) rehabilitację fizyczną,
- 6) integrację osób z zaburzeniami psychicznymi ze społecznością lokalną poprzez aktywizację zawodową i społeczną,
- 7) stymulowanie osobistego rozwoju poprzez opracowanie indywidualnego planu pomocy,
- 8) zapewnienie warunków do rozwoju samorządności uczestników,

- 9) umożliwienie udziału w terapii zajęciowej, indywidualnej, grupowej, grupach wsparcia, spotkaniach grupowych, wspieranie grup samopomocowych w zakresie zdrowia psychicznego,
- 10) zaspokajanie w miarę możliwości tych potrzeb, które wpływają w dużym stopniu na rozwój psychiczny: bezpieczeństwa, działania higieniczne, odżywiania, ruchu, odpoczynku, kontaktu, godności osobistej, kontaktu emocjonalnego, sensu życia, kulturalne,
- 11) zapobieganie stanom powodującym konieczność ciągłej opieki ze strony instytucji poprzez globalną rehabilitację środowiskową,
- 12) zróżnicowanie usług w zależności od możliwości psychofizycznych osób oraz ich potrzeb, oczekiwań, zainteresowań,
- 13) organizowanie spotkań i zajęć integracyjnych poza ŚDS,
- 14) współpracę z rodzinami osób korzystających z działalności ŚDS, poradnictwo, informację, wsparcie i pomoc w rozwiązywaniu problemów życiowych,
- 15) wspieranie grup samopomocowych,
- 16) uaktywnianie środowiska związane z propagowaniem i ochrona zdrowia psychicznego,
- 17) współpracę ze środkami masowego przekazu w celu propagowania ochrony zdrowia psychicznego,
- 18) współpracę z organizacjami społecznymi, stowarzyszeniami, fundacjami, kościołem, placówkami oświatowymi, kulturalnymi, samorządami lokalnymi w celu integracji osób z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzin ze środowiskiem,
- 19) kształtowanie wobec osób z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzin właściwych postaw społecznych a zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości a także przeciwdziałaniu ich dyskryminacji.

IV. TYP DOMU, LICZBA MIEJSC, UCZESTNICZY ŚDS

ŚDS jest:

- 1) domem typu A tzn., że jest przeznaczony dla osób przewlekle psychicznie chorych oraz
 - 2) domem typu B tzn., że jest przeznaczony dla osób z niepełnosprawnością intelektualną,
- w tym ze spektrum autyzmu lub niepełnosprawnością sprzężoną.

ŚDS może przyjąć maksymalnie 40 uczestników:

Uczestnikiem może zostać wyłącznie osoba, która ukończyła 18 rok życia oraz należy do jednej z kategorii osób wskazanych powyżej.

V. DOKUMENTY WYMAGANE OD OSÓB UBIEGAJĄCYCH SIĘ O PRZYJĘCIE DO ŚDS

Osoba ubiegająca się o przyjęcie do ŚDS lub jej opiekun prawny musi złożyć wniosek o skierowanie do ŚDS w ośrodku pomocy społecznym właściwym ze względu na miejsce zamieszkania osoby ubiegającej się o przyjęcie (**wzór wniosku stanowi załącznik nr 1 do procedury**).

Do wniosku załączyć należy:

- 1) zaświadczenie lekarskie dotyczące osoby ubiegającej się o przyjęcie do ŚDS, wydane przez lekarza psychiatrę lub lekarza neurologa o występujących zaburzeniach psychicznych (wzór zaświadczenia stanowi załącznik nr 2 do procedury);
- 2) zaświadczenie lekarza rodzinnego o stanie zdrowia i o braku przeciwwskazań do uczestnictwa w zajęciach ŚDS wraz z informacją o sprawności w zakresie lokomocji osób niepełnosprawnych fizycznie dotyczące osoby ubiegającej się o przyjęcie do ŚDS (wzór zaświadczenia stanowi załącznik nr 3 do procedury);
- 3) orzeczenie o stopniu niepełnosprawności /orzeczenie lekarza orzecznika ZUS lub KRUS dotyczące osoby ubiegającej się o przyjęcie do ŚDS (o ile osoba ubiegająca się o skierowanie takie posiada).

Celem określenia sytuacji osobistej, rodzinnej, dochodowej i majątkowej osoba ubiegająca się o przyjęcie do ŚDS lub jej opiekun prawny mogą zostać zobowiązani do złożenia dokumentów wskazanych w art. 107 ust. 5b ustawy o pomocy społecznej, w tym w szczególności decyzji właściwego organu w sprawie renty/ emerytury, zaświadczenia o wysokości wynagrodzenia z tytułu zatrudnienia.

VI. PROCEDURA UBIEGANIA SIĘ O PRZYJĘCIE DO ŚDS

Procedura ubiegania się o przyjęcie do ŚDS obejmuje:

1. Złożenie przez osobę ubiegającą się o przyjęcie do ŚDS lub opiekuna prawnego tej osoby, wniosku o skierowanie do ŚDS wraz z załącznikami, w ośrodku pomocy społecznej właściwym ze względu na miejsce zamieszkania osoby ubiegającej się o przyjęcie do ŚDS.
2. Przeprowadzenie przez pracownika socjalnego rodzinnego wywiadu środowiskowego w miejscu zamieszkania osoby ubiegającej się o przyjęcie do ŚDS, w tym określenie sytuacji osobistej, rodzinnej, dochodowej i majątkowej osoby lub rodziny na podstawie dokumentów wymienionych w ustawie o pomocy społecznej, w tym w szczególności decyzji właściwego organu w sprawie renty/ emerytury, zaświadczenia o wysokości wynagrodzenia z tytułu zatrudnienia.
3. Przekazanie przez ośrodek pomocy społecznej do PCPR dokumentów, o których mowa w ust. 1 oraz rodzinnego wywiadu środowiskowego wraz dokumentami o których mowa w ust. 2.
4. Wydanie przez kierownika ŚDS opinii o możliwości przyjęcia osoby do ŚDS. Opinia wydawana jest pod wnioskiem osoby o skierowanie do ŚDS.
5. Wydanie przez Dyrektora PCPR działającego z upoważnienia Starosty Nowodworskiego, decyzji administracyjnej o skierowaniu do ŚDS lub odmowie skierowania do ŚDS. Pierwsza decyzja o skierowaniu osoby do ŚDS wydawana jest na czas określony, nie dłuższy niż 3 miesiące od czasu przyjęcia do ŚDS, w celu określenia indywidualnego planu postępowania wspierająco-aktywizującego. Kolejna decyzja o skierowaniu do ŚDS wydawana jest na czas określony, w celu realizacji indywidualnego planu postępowania wspierająco-aktywizacyjnego. Czas ten musi być uzgodniony z kierownikiem ŚDS, oraz wskazany we wniosku, którego wzór stanowi załącznik nr 5 do procedury. Okres wskazany w kolejnej decyzji o skierowaniu może zostać przedłużony.
6. Ustalenie w drodze decyzji administracyjnej przez Dyrektora PCPR działającego z upoważnienia Starosty Nowodworskiego co miesięcznej odpłatności za usługi świadczone w ŚDS w wysokości 5% kwoty dochodu osoby samotnie gospodarującej lub kwoty dochodu na osobę w rodzinie, w przypadku uczestników ŚDS, których dochód przekracza 300% kryterium określonego ustawą o pomocy społecznej. Zmiana decyzji ustalającej odpłatność, jest dokonywana jeżeli w trakcie pobytu w ŚDS nastąpi zmiana dochodów uczestnika, która przekroczy 10% odpowiednio kryterium

- dochodowego osoby samotnie gospodarującej lub kryterium dochodowego na osobę w rodzinie.
7. Dyrektor PCPR działając z upoważnienia Starosty Nowodworskiego może zwolnić z odpłatności za usługi świadczone w ŚDS na wniosek uczestnika ŚDS lub opiekuna prawnego tej osoby (**wzór wniosku stanowi załącznik nr 4 do procedury**) na podstawie art. 51b ust. 6 w zw. z art. 64 ustawy o pomocy społecznej. Zwolnienie następuje w drodze decyzji administracyjnej.
 8. Z uczestnikami ŚDS przeprowadza się aktualizacje wywiadów środowiskowych w przypadkach wynikających z ustawy o pomocy społecznej.
 9. Decyzje wydane przez Dyrektora PCPR działającego z upoważnienia Starosty Nowodworskiego dotyczące skierowania do ŚDS oraz odpłatności za usługi świadczone w ŚDS doręczane są stronie oraz przekazywane do wiadomości ŚDS oraz ośrodkowi pomocy społecznej właściwemu ze względu na miejsce zamieszkania osoby ubiegającej się o przyjęcie do ŚDS/ uczestnika ŚDS.
 10. Osoba ubiegająca się o przyjęcie do ŚDS lub jej opiekun prawny muszą zapoznać się z Regulaminem Organizacyjnym i zaakceptować zawarte w nim zasady funkcjonowania ŚDS.

DYREKTOR
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie

mgr Marek Rączka

Dane osoby składającej wniosek¹:..... dnia r.
(miejsowość).....
(imię i nazwisko).....
(adres zamieszkania).....
(nr telefonu do kontaktu)**Ośrodek Pomocy Społecznej****W****WNIOSEK O SKIEROWANIE
DO ŚRODOWISKOWEGO DOMU SAMOPOMOCY**Zwracam się z uprzejmą prośbą o skierowanie mnie / mojego podopiecznego² - Pana / Pani.....
do Środowiskowego Domu Samopomocy w Nowym Dworze Mazowieckim (dalej „ŚDS”).

Jednocześnie oświadczam, że wyrażam zgodę:

- 1) na uczestnictwo moje/ mojego podopiecznego³ w zajęciach prowadzonych w ŚDS;
- 2) na gromadzenie i przetwarzanie danych osobowych moich/ mojego podopiecznego w związku z ubieganiem się o skierowanie do ŚDS.

Przyjmuję do wiadomości, iż złożenie wniosku skutkuje wszczęciem postępowania w sprawie skierowania do ŚDS oraz w przypadku wydania decyzji o skierowaniu wszczęciem postępowania w sprawie ustalenia odpłatności za usługi świadczone w ŚDS i o ich wszczęciu nie będę informowany odrębnym zawiadomieniem.

Przyjmuję do wiadomości, że mam prawo do czynnego udziału w sprawie, tj. do zgłaszania wszelkich środków dowodowych oraz udziału w przeprowadzeniu dowodów, do wnoszenia pism, uzupełniania ich treści, dołączania uzasadnień, załączników, udzielania wyjaśnień ustnych i pisemnych, do podejmowania czynności procesowych mających wpływ na ustalenie stanu faktycznego i prawnego sprawy administracyjnej, do wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań przed wydaniem decyzji.

W załączeniu:

1. zaświadczenie lekarskie wydane przez lekarza psychiatrę lub neurologa
2. zaświadczenie lekarza rodzinnego
3. kopia orzeczenia nr z dnia
4.

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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), zwanego dalej „RODO”, **poinformowano mnie/nas, że:**

- 1) administratorem moich/naszych danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Nowym Dworze Mazowieckim przy ul. Chemików 6, zwane dalej „Administratorem” oraz, że Administrator prowadzi operacje przetwarzania moich/ naszych danych osobowych;
- 2) Administrator wyznaczył inspektora danych, z którym można się kontaktować poprzez e-mail: iod@pcprndm.pl;
- 3) dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań wynikających z ustawy o pomocy społecznej, w tym w celu przeprowadzenia postępowań administracyjnych, wydawania rozstrzygnięć i

¹ Kandydat na uczestnika ŚDS lub inna osoba uprawniona do reprezentacji kandydata, której podpis musi być poświadczony przez notariusza lub wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że podpis został złożony na życzenie nie mogącego pisać, lecz mogącego czytać. Do reprezentacji kandydata uprawnia m.in. pełnomocnictwo notarialne i zaświadczenie Sądu Rodzinnego (dotyczy osób ubezwłasnowolnionych).

² Niepotrzebne skreślić

³ Niepotrzebne skreślić

- ich realizacji. Dane osobowe będą udostępniane osobom lub podmiotom, które wykażą podstawę prawną dostępu do tych danych;
- 4) podstawą przetwarzania danych osobowych przez Administratora jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO oraz ustawa o pomocy społecznej;
 - 5) podanie danych jest niezbędne do realizacji zadań wynikających z ustawy o pomocy społecznej, w tym w celu przeprowadzenia postępowań administracyjnych, wydawania rozstrzygnięć i ich realizacji, w przypadku niepodania danych niemożliwe jest wykonanie w/w czynności;
 - 6) posiadam/my prawo do:
 - dostępu do danych osobowych mnie/nas dotyczących,
 - sprostowania moich/ naszych danych osobowych,
 - żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO (prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego),
 - wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznam/my, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO;
 - 7) nie przysługuje mi/nam:
 - w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych,
 - prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO,
 - na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania moich/ naszych danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO,
 - 8) dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu;
 - 9) dane osobowe nie będą przekazywane do odbiorcy w państwie trzecim lub do organizacji międzynarodowej;
 - 10) dane osobowe będą przechowywane przez Administratora przez okres niezbędny do realizacji celu dla jakiego zostały zebrane, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa.

.....
(czytelny podpis⁴ kandydata na uczestnika lub osoby uprawnionej do jego reprezentacji)

Opinia Kierownika Środowiskowego Domu Samopomocy

Potwierdzam możliwość przyjęcia Pana / Pani jako
uczestnika Środowiskowego Domu Samopomocy w Nowym Dworze Mazowieckim :

- typ A – dla osób przewlekle psychicznie chorych*;
 typ B – dla osób z niepełnosprawnością intelektualną*

od roku. Proszę o skierowanie Pana / Pani na okres⁵ , niezbędny do
przygotowania indywidualnego planu wspierająco – aktywizującego.

.....
data

.....
podpis kierownika ŚDS

**zaznaczyć zgodnie z posiadaniem schorzeniem*

⁴ Wnioskodawca nie mogący pisać, lecz mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jej imię i nazwisko umieszczając swój podpis.

⁵ W przypadku osób, które po raz pierwszy wystąpiły o skierowanie do domu, decyzję o skierowaniu do ŚDS wydaje się na czas określony, nie dłuższy niż 3 miesiące, konieczny do dokonania przez zespół wspierająco-aktywizujący oceny możliwości zaproponowania osobie indywidualnego planu postępowania wspierająco-aktywizującego oraz okresu, jaki będzie niezbędny do jego realizacji.

**Zaświadczenie dla osób ubiegających się o skierowanie do
Środowiskowego Domu Samopomocy w Nowym Dworze Mazowieckim**

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
/lekarza psychiatry lub lekarza neurologa/

I. Dane osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy w Nowym Dworze Mazowieckim

.....
/imię i nazwisko, data urodzenia/

.....
/adres zamieszkania/

II. Rozpoznanie kliniczne

1. choroba psychiczna
2. upośledzenie umysłowe/demencja
 - przyczyna
 - stopień upośledzenia/demencji
3. inne przewlekłe zaburzenia czynności psychicznych zaliczane do zaburzeń psychicznych.....

III. Istotne dane

1. Przebieg leczenia
2. Pobyty w szpitalu
3. Objawy choroby
4. Aktualny stan zdrowia.....
5. Zalecane leki (nazwa, dawkowanie)
6. Prognoza lekarska

IV. Proponowany okres korzystania z usług ŚDS w Nowym Dworze Mazowieckim

V. Wskazania lekarza dotyczące zakwalifikowania uczestnika do typu Domu:*

Typ A – dla osób przewlekłe chorych psychicznie

Typ B – dla osób upośledzonych umysłowo

posiada również jedno z zaburzeń określonych jako spektrum autyzm (w międzynarodowej klasyfikacji ICD-10 kategoria F84, która obejmuje zaburzenia ze spektrum autyzmu, określone też jako całościowe zaburzenia rozwoju), w tym:

F84.0 F84.1 F84.2 F84.3 F84.4 F.84.5

VI. Uwagi i zalecenia lekarza

.....
/miejsowość, data/

.....
Podpis i pieczęć lekarza specjalisty

*właściwe podkreślić

**Zaświadczenie dla osób ubiegających się o skierowanie do
Środowiskowego Domu Samopomocy w Nowym Dworze Mazowieckim**

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

/lekarza rodzinnego/

I. Dane osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy w Nowym Dworze Mazowieckim

1. Imię i nazwisko
2. Data urodzenia
3. PESEL
4. Adres zamieszkania

II. Istotne dane

1. Ogólny stan zdrowia pacjenta
2. Rozpoznanie, zastosowane leczenie
- a) choroby somatyczne
- b) choroby neurologiczne
- c) choroby psychiczne
3. Informacja o zażywanych lekach (nazwy, dawkowanie)
4. Wzrost
5. Waga

III. Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:

- upośledzenie umysłowe
- choroba psychiczna
- dysfunkcja narządu słuchu
- dysfunkcja narządu wzroku
- dysfunkcja narządu ruchu
- epilepsja
- choroby układu krążenia
- choroby układu pokarmowego
- choroby układu moczowo-płciowego
- choroby neurologiczne
- inne, w tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego (jakie?)
- całościowe zaburzenia rozwojowe
- inne

IV. Przeciwwskazania do udziału w zajęciach ŚDS w Nowym Dworze Mazowieckim:

- występują nie występują

wraz z informacją o sprawności w zakresie lokomocji osób niepełnosprawnych fizycznie:

- porusza się samodzielnie
- porusza się z pomocą innych osób
- osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim

.....
/miejsowość, data/

.....
Podpis i pieczęć lekarza

Dane osoby składającej wniosek¹:..... dnia r.
(miejscowość).....
(imię i nazwisko).....
(adres zamieszkania).....
(nr telefonu do kontaktu)

**Dyrektor
Powiatowego Centrum Pomocy
Rodzinie w Nowym Dworze
Mazowieckim**

WNIOSEK O ZWOLNIENIE Z OPŁATNOŚCI

Zwracam się z uprzejmą prośbą o zwolnienie w całości mnie / mojego podopiecznego² - Pana / Pani
.....
z odpłatności za usługi świadczone Środowiskowym Domu Samopomocy w Nowym Dworze
Mazowieckim.

Jednocześnie zobowiązuję się niezwłocznie poinformować organ, o każdej zmianie sytuacji osobistej,
dochodowej i majątkowej, która wiąże się z podstawą do ponoszenia odpłatności (tj. o zmianie
dochodów).

UZASADNIENIE

¹ Kandydat na uczestnika ŚDS lub inna osoba uprawniona do reprezentacji kandydata, której podpis musi być poświadczony przez notariusza lub wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że podpis został złożony na życzenie nie mogącego pisać, lecz mogącego czytać. Do reprezentacji kandydata uprawnia m.in. pełnomocnictwo notarialne i zaświadczenie Sądu Rodzinnego (dotyczy osób ubezwłasnowolnionych).

² Niepotrzebne skreślić

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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), zwanego dalej „RODO”, **poinformowano mnie/nas, że:**

- 1) administratorem moich/naszych danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Nowym Dworze Mazowieckim przy ul. Chemików 6, zwane dalej „Administratorem” oraz, że Administrator prowadzi operacje przetwarzania moich/ naszych danych osobowych;
- 2) Administrator wyznaczył inspektora danych, z którym można się kontaktować poprzez e-mail: iod@pcprndm.pl;
- 3) dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań wynikających z ustawy o pomocy społecznej, w tym w celu przeprowadzenia postępowań administracyjnych, wydawania rozstrzygnięć i ich realizacji. Dane osobowe będą udostępniane osobom lub podmiotom, które wykażą podstawę prawną dostępu do tych danych;
- 4) podstawą przetwarzania danych osobowych przez Administratora jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO oraz ustawa o pomocy społecznej;
- 5) podanie danych jest niezbędne do realizacji zadań wynikających z ustawy o pomocy społecznej, w tym w celu przeprowadzenia postępowań administracyjnych, wydawania rozstrzygnięć i ich realizacji, w przypadku niepodania danych niemożliwe jest wykonanie w/w czynności;
- 6) posiadam/my prawo do:
 - dostępu do danych osobowych mnie/nas dotyczących,
 - sprostowania moich/ naszych danych osobowych,
 - żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO (prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego),
 - wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznaję/my, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO;
- 7) nie przysługuje mi/nam:
 - w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych,
 - prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO,
 - na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania moich/ naszych danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO,
- 8) dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu;
- 9) dane osobowe nie będą przekazywane do odbiorcy w państwie trzecim lub do organizacji międzynarodowej;
- 10) dane osobowe będą przechowywane przez Administratora przez okres niezbędny do realizacji celu dla którego zostały zebrane, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa.

.....
(czytelny podpis³ uczestnika lub osoby uprawnionej do jego reprezentacji)

³ Wnioskodawca nie mogący pisać, lecz mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jej imię i nazwisko umieszczając swój podpis.

Dane osoby składającej wniosek:

..... dnia r.
(miejsowość).....
(imię i nazwisko).....
(adres zamieszkania).....
(nr telefonu do kontaktu)

**Dyrektor
Powiatowego Centrum Pomocy
Rodzinie w Nowym Dworze
Mazowieckim**

WNIOSEK o ponowne skierowanie/ przedłużenie skierowania

Zwracam się z uprzejmą prośbą o ponowne skierowanie/ przedłużenie skierowania mnie / mojego podopiecznego¹ - Pana / Pani do Środowiskowego Domu Samopomocy w Nowym Dworze Mazowieckim (dalej „ŚDS”).

Jednocześnie oświadczam, że wyrażam zgodę:

1. na uczestnictwo moje/ mojego podopiecznego² w zajęciach prowadzonych w ŚDS;
2. na gromadzenie i przetwarzanie danych osobowych moich/ mojego podopiecznego w związku z ubieganiem się o skierowanie do ŚDS.

Przyjmuję do wiadomości, iż złożenie wniosku skutkuje wszczęciem postępowania w sprawie skierowania/ przedłużenia skierowania do ŚDS oraz w przypadku wydania decyzji o skierowaniu/ przedłużeniu skierowania wszczęciem postępowania w sprawie ustalenia odpłatności za usługi świadczone w ŚDS i o ich wszczęciu nie będę informowany odrębnym zawiadomieniem.

Przyjmuję do wiadomości, że mam prawo do czynnego udziału w sprawie, tj. do zgłaszania wszelkich środków dowodowych oraz udziału w przeprowadzeniu dowodów, do wnoszenia pism, uzupełniania ich treści, dołączania uzasadnień, załączników, udzielania wyjaśnień ustnych i pisemnych, do podejmowania czynności procesowych mających wpływ na ustalenie stanu faktycznego i prawnego sprawy administracyjnej, do wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań przed wydaniem decyzji.

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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), zwanego dalej „RODO”, **poinformowano mnie/nas, że:**

- 1) administratorem moich/naszych danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Nowym Dworze Mazowieckim przy ul. Chemików 6, zwane dalej „Administratorem” oraz, że Administrator prowadzi operacje przetwarzania moich/ naszych danych osobowych;
- 2) Administrator wyznaczył inspektora danych, z którym można się kontaktować poprzez e-mail: iod@pcprndm.pl;
- 3) dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań wynikających z ustawy o pomocy społecznej, w tym w celu przeprowadzenia postępowań administracyjnych, wydawania rozstrzygnięć i ich realizacji. Dane osobowe będą udostępniane osobom lub podmiotom, które wykażą podstawę prawną dostępu do tych danych;
- 4) podstawą przetwarzania danych osobowych przez Administratora jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO oraz ustawa o pomocy społecznej;
- 5) podanie danych jest niezbędne do realizacji zadań wynikających z ustawy o pomocy społecznej, w tym w celu przeprowadzenia postępowań administracyjnych, wydawania rozstrzygnięć i ich realizacji, w przypadku niepodania danych niemożliwe jest wykonanie w/w czynności;
- 6) posiadam/my prawo do:
 - dostępu do danych osobowych mnie/nas dotyczących,

¹ Niepotrzebne skreślić

² Niepotrzebne skreślić

- sprostowania moich/ naszych danych osobowych,
 - żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO (prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego),
 - wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznajemy, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO;
- 7) nie przysługuje mi/nam:
- w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych,
 - prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO,
 - na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania moich/ naszych danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO,
- 8) dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu;
- 9) dane osobowe nie będą przekazywane do odbiorcy w państwie trzecim lub do organizacji międzynarodowej;
- 10) dane osobowe będą przechowywane przez Administratora przez okres niezbędny do realizacji celu dla którego zostały zebrane, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa.

(czytelny podpis³ uczestnika lub osoby uprawnionej do jego reprezentacji)

Opinia Kierownika Środowiskowego Domu Samopomocy

Informuję, że:

- 1) uczestnik posiada przygotowany przez zespół wspierająco-aktywizujący ŚDS indywidualny plan postępowania wspierająco-aktywizującego na okres od do⁴

W związku z powyższym proszę o wydanie decyzji kierującej do ŚDS:

typ A – dla osób przewlekle psychicznie chorych*;

typ B – dla osób z niepełnosprawnością intelektualną*

w Nowym Dworze Mazowieckim na czas określony, na okres od do, celem realizacji planu.

- 2) w przypadku uczestnika⁵:

brak postępów w realizacji indywidualnego planu postępowania wspierająco-aktywizującego*;

brak jest możliwości skierowania do innego ośrodka wsparcia, domu pomocy społecznej lub warsztatu terapii zajęciowej* ;

brak jest możliwości zatrudnienia, w tym w warunkach pracy chronionej na przystosowanym stanowisku pracy*.

W związku z powyższym proszę o przedłużenie decyzji kierującej do ŚDS:

typ A – dla osób przewlekle psychicznie chorych*;

typ B – dla osób z niepełnosprawnością intelektualną*

w Nowym Dworze Mazowieckim na czas określony, na okres od do

.....
data

.....
podpis kierownika ŚDS

*zaznaczyć odpowiedni

³ Wnioskodawca nie mogący pisać, lecz mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jej imię i nazwisko umieszczając swój podpis.

⁴ Po przygotowaniu indywidualnego planu postępowania wspierająco-aktywizującego osobę kieruje się do domu na czas określony, uzgodniony z kierownikiem domu, niezbędny do realizacji indywidualnego planu postępowania wspierająco-aktywizującego.

⁵ Okres, na jaki osoba została skierowana do domu, może być przedłużony, w szczególności w sytuacji braku postępów w realizacji indywidualnego planu postępowania wspierająco-aktywizującego, okresowego braku możliwości skierowania osoby do innego ośrodka wsparcia, domu pomocy społecznej lub warsztatu terapii zajęciowej albo braku możliwości zatrudnienia, w tym w warunkach pracy chronionej na przystosowanym stanowisku pracy.