**Dane osoby składającej wniosek1:**

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

*(imię i nazwisko)*

…...... ... .............................................

*(adres zamieszkania)*

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

*(nr telefonu do kontaktu)*

*Załącznik nr 1*

....................................... dnia r.

*(miejscowość)*

**Ośrodek Pomocy Społecznej**



WNIOSEK O **SKIEROWANIE**

**DO ŚRODOWISKOWEGO DOMU SAMOPOMOCY**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o skierowanie mnie / mojego podopiecznego 2 - 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;](mailto: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

*¹Kandydat 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 tub podmiotom, które wykażą podstawę prawną dostępu do tych danych;

1. 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;
2. 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;
3. 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;
4. 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,
5. dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu;
6. dane osobowe nie będą przekazywane do odbiorcy w państwie trzecim lub do organizacji międzynarodowej;
7. 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 podpis kandydata na uczestnika tub* 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\*;

typ D — dla osób ze spektrum autyzmu i niepełnosprawnością sprzężoną\*;

od ................ roku. Proszę o skierowanie Pana / Pani na okres ……………..………., niezbędny do przygotowania indywidualnego planu wspierająco — aktywizującego.

……………………………………………………….. …………………………………………………………..

*data podpis kierownika ŠDS*

*\*zaznaczyć zgodnie z posiadaną niepełnosprawnością*

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.*

Strona 2 z 2