**DEKLAROWANE FORMY WSPARCIA**

**w Programie ,,Opieka wytchnieniowa” – edycja 2020**

I. Wnioskuje o udział w Programie Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej pn. ,,Opieka

wytchnieniowa” – edycja 2020 – w zakresie (wstawić ,,X” oraz podać ilość godzin)\*:

* specjalistycznego poradnictwa psychologicznego, liczba godzin \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* specjalistycznego poradnictwa terapeutycznego, liczba godzin \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* wsparcia w zakresie nauki pielęgnacji, liczba godzin\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* wsparcia w zakresie nauki rehabilitacji, liczba godzin \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* wsparcia w zakresie nauki dietetyki, liczba godzin \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Limit godzin wsparcia wynosi 40 godzin

**II. Oświadczenia**

Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że:

1. Zapoznałem/łam się z treścią Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2020,

2. Zostałem/am poinformowany/a, że Program „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2020 współfinansowany jest ze środków Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych,

3. Oświadczam, że jestem opiekunem/ członkiem rodziny dziecka albo osoby niepełnosprawnej,

która:

* korzysta
* nie korzysta

z placówek pobytu całodobowego, jak np. ośrodek szkolno – wychowawczy czy internat.

4. Oświadczam, że:

* korzystam
* nie korzystam

z innych form pomocy usługowej, w tym: usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2019r. poz. 1507 z późn. zm.), usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub innych źródeł.

5. Zostałem/am poinformowany/a, że udział w Programie ,,Opieka wytchnieniowa” – edycja 2020

jest bezpłatny w zakresie 40 godzin

6. Zamieszkuje na terenie Powiatu Wejherowskiego w rozumieniu Kodeksu Cywilnego.

………………………………………………………

Data i podpis wnioskodawcy

**Obowiązek informacyjny:**

Na podstawie art. 13 lub 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (zwane dalej RODO):

**Administrator danych**

Administratorem, czyli podmiotem decydującym o tym, które dane osobowe będą przetwarzane oraz w jakim celu, i jakim sposobem, jest POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE w Wejherowie, ul. Sobieskiego 279A, e-mail: [kancelaria@pcprwejherowo.pl](mailto:kancelaria@pcprwejherowo.pl) , tel. 58 672 17 60

**Inspektor ochrony danych**

We wszystkich sprawach dotyczących ochrony danych osobowych, macie Państwo prawo kontaktować się z naszym Inspektorem ochrony danych na adres e-mail: [rodo@pcprwejherowo.pl](mailto:rodo@pcprwejherowo.pl)

**Cel przetwarzania**

Celem przetwarzania Państwa danych osobowych jest udział w Programie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2020 w zakresie specjalistycznego poradnictwa (psychologicznego lub terapeutycznego) oraz wsparcia w zakresie nauki pielęgnacji /rehabilitacji/dietetyki

**Podstawa przetwarzania danych**

Państwa dane osobowe przetwarzamy na podstawie art. 6 ust. 1, lit a) oraz art. 9 ust. 2 lit. a) RODO, czyli Państwa zgody,art. 6 ust. 1 lit. e) oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO tj. w związku z zdaniami realizowanymi w interesie publicznym w tym do wypełnienia obowiązków w zakresie zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej wynikającymi z Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2020, ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym oraz uchwały nr VI/237/20 Zarządu Powiatu Wejherowskiego z dnia 30 czerwca 2020 r.

**Okres przechowywania danych**

Dane osobowe będą przechowywane przez okres przewidziany w przepisach dotyczących przechowywania i archiwizacji dokumentacji tj. przez 5 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym rozpatrzono wniosek lub do dnia wycofania się ze zgody w przypadku danych przetwarzanych na podstawie zgody.

**Źródło danych**

Źródłem pochodzenia danych osobowych mogą być wnioskodawcy tj. rodzice i opiekunowie osób niepełnosprawnych.

**Odbiorcy danych**

Odbiorcami Państwa danych osobowych są podmioty uprawnione do ujawnienia im danych na mocy przepisów prawa oraz podmioty realizujące zadania w zakresie programu w imieniu administratora na podstawe umów cywilnoprawnych.

**Prawa osób**

Macie Państwo prawo do: ochrony swoich danych osobowych, żądania dostępu do nich oraz otrzymywania ich kopii, żądania sprostowania (poprawienia) swoich danych, żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych, wniesienia sprzeciwu oraz prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (00-193 Warszawa, ul. Stawki 2, e-mail: [kancelaria@uodo.gov.pl](mailto:kancelaria@uodo.gov.pl) ).

Ponadto, w odniesieniu do danych przetwarzanych na podstawie zgody macie Państwo prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie oraz żądania usunięcia danych, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Wycofać się ze zgody można w formie wysłania żądania na nasz adres e-mail lub adres pocztowy. Konsekwencją wycofania się ze zgody będzie brak możliwości przetwarzania przez nas tych danych.

**Informacja o wymogu podania danych**

Podanie przez Państwa danych osobowych w zakresie wynikającym z Karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa" jest dobrowolne jednak niezbędne do wzięcia udziału w programie.

………………………………………………………

Data i podpis wnioskodawcy