

INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSBOWYCH

Niniejszym informujemy Pana/Panią, że przetwarzamy Pana/Pani dane osobowe. Szczegóły tego dotyczą znajdują się poniżej:

I. Administrator danych osobowych

Ośrodek Pomocy Społecznej w Niemcech jest Administratorem Pana/Pani danych osobowych.

II. Inspektor Ochrony Danych

Administrator danych osobowych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się skontaktować w sprawach ochrony swoich danych osobowych i realizacji praw pod adres: iod.ops@niemce.pl lub pisemnie pod adres naszej siedziby: 21-025 Niemce, ul. Lubelska 119.

III. Cele i podstawy przetwarzania

Dane osobowe są przetwarzane przez administratora danych osobowych, ponieważ są niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi (art. 6 ust. 1 lit. e RODO).

IV. Kategorie danych, które przetwarzamy

Administrator danych przetwarza jedynie te kategorie danych, które są konieczne do realizacji celu określonego w punkcie III. Administrator danych nie stosuje zautomatyzowanego podejmowania decyzji, ani profilowania.

V. Odbiorcy danych

Pana/Pani dane osobowe administrator danych będzie udostępniał jedynie tym podmiotom, którym ma obowiązek udostępnić dane osobowe na mocy szczególnych przepisów prawa powszechnie obowiązującego.

VI. Przekazywanie danych do państw trzecich lub organizacji międzynarodowych

Administrator danych osobowych nie przekazuje danych poza teren Polski.

VII. Okres przechowywania danych

Dane osobowe są przetwarzane zgodnie z terminami określonymi w ustawie z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz przepisami prawa powszechnie obowiązującego. Co do zasady dokumentacja stanowiąca materiały archiwalne jest przekazywana niezwłocznie po upływie 25 lat od jej wytworzenia do właściwego archiwum państwowego, o ile organ lub jednostka organizacyjna nie przekazały wcześniej materiałów archiwalnych do archiwum państwowego.

VIII. Prawa osób fizycznych, których dane są przetwarzane

Osobie, której dane są przetwarzane, przysługują:

- a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
- b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych;
- c) prawo do usunięcia danych, tzw. prawo do zapomnienia;
- d) ograniczenia przetwarzania danych;
- e) prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego.

Niemce, dnia

.....
(pieczętka zakładu opieki zdrowotnej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

do Ośrodka Pomocy Społecznej w Niemcach o konieczności przyznania usług
opiekuńczych w miejscu zamieszkania

Imię i nazwisko pacjenta:

Pesel:

Adres zamieszkania:

Ze względu na stan zdrowia osoba:

nie wymaga **wymaga** pomocy w formie usług opiekuńczych w wymiarze.....godzin
tygodniowo.*

Choroba powoduje konieczność wykonywania usług opiekuńczych w zakresie:

1. podstawowej pielęgnacji :

- pomoc w utrzymaniu higieny ciała
- pomoc przy ubieraniu i rozbieraniu
- pomoc zaspokojeniu czynności fizjologicznych
- zmiana pampersa
- pomoc w przygotowaniu posiłków
- pomoc w spożywaniu posiłków

2. wspierania procesu leczenia:

- nadzór nad przyjmowaniem leków zgodnie z zaleceniem lekarza
- realizacja recept
- umawianie wizyt lekarskich i pielęgniarских

3. pomoc w prowadzeniu gospodarstwa domowego:

- zapewnienie posiłków
- robienie zakupów
- załatwianie spraw urzędowych
- sprzątanie mieszkania
- zapewnienie ogrzewania

Pacjent objęty jest opieką pielęgnacyjną:

- pielęgniarکی środowiskowej tak nie
- pielęgniarکی długoterminowej tak nie

Osoba wymaga umieszczenia w ZOL-u: tak nie

.....
pieczętka lekarza

* Ustawa o pomocy społecznej wskazuje, że pomoc w formie usług przysługuje osobom samotnym, które z powodu wieku, choroby, niepełnosprawności lub innej przyczyny wymagają pomocy innych osób, a są jej pozbawione. Usługi opiekuńcze mogą być przyznane również osobom, które wymagają pomocy innych osób, a rodzina nie może takiej pomocy zapewnić.

Usługi opiekuńcze obejmują pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację oraz, w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem.

pieczętka zakładu leczniczego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla osoby wymagającej pomocy w formie specjalistycznych usług opiekuńczych

Na podstawie przeprowadzonego badania lekarskiego w dniu.....
stwierdzam, że Pan/Pani.....
pesel..... zam.....
z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy w formie
specjalistycznych usług opiekuńczych.

Rozpoznanie (rodzaj schorzenia lub niepełnosprawności)

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

Zakres usług

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

Zaświadczenie wydaje się do dnia

Zaświadczenie wydaje się w celu przedłożenia w Ośrodku Pomocy Społecznej w Niemcach.

(miejscowość i data)

pieczętka i podpis lekarza

Pieczęć zakładu leczniczego

Zaświadczenie lekarskie

Na wykonanie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania.....

Rozpoznanie lekarskie(w języku polskim)

.....

.....

Rodzaj zlecanej usługi: *

- 1) uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia, w tym zwłaszcza:
- a) 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, w szczególności takich jak:
 - samoobsługa, zwłaszcza wykonywanie czynności gospodarczych i porządkowych, w tym umiejętność utrzymania i prowadzenia domu,
 - dbałość o higienę i wygląd,
 - utrzymywanie kontaktów z domownikami, rówieśnikami, w miejscu nauki i pracy oraz ze społecznością lokalną,
 - wspólne organizowanie i spędzanie czasu wolnego,
 - korzystanie z usług różnych instytucji,
 - b) interwencje i pomoc w życiu w rodzinie, w tym:
 - pomoc w radzeniu sobie w sytuacjach kryzysowych - poradnictwo specjalistyczne, interwencje kryzysowe, wsparcie psychologiczne, rozmowy terapeutyczne,
 - ułatwienie dostępu do edukacji i kultury,
 - doradztwo, koordynacja działań innych służb na rzecz rodziny, której członkiem jest osoba uzyskująca pomoc w formie specjalistycznych usług,
 - kształtowanie pozytywnych relacji osoby wspieranej z osobami bliskimi,
 - współpraca z rodziną - kształtowanie odpowiednich postaw wobec osoby chorującej, niepełnosprawnej,
 - c) pomoc w załatwianiu spraw urzędowych, w tym:
 - w uzyskaniu świadczeń socjalnych, emerytalno-rentowych,
 - w wypełnieniu dokumentów urzędowych,
 - d) wspieranie i pomoc w uzyskaniu zatrudnienia, w tym zwłaszcza:
 - 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 kompletowaniu dokumentów potrzebnych do zatrudnienia,
 - w przygotowaniu do rozmowy z pracodawcą, wspieranie i asystowanie w kontaktach z pracodawcą,
 - w rozwiązywaniu problemów psychicznych wynikających z pracy lub jej braku,

- e) pomoc w gospodarowaniu pieniędzmi, w tym:
- nauka planowania budżetu, asystowanie przy ponoszeniu wydatków,
 - pomoc w uzyskaniu ulg w opłatach,
 - zwiększanie umiejętności gospodarowania własnym budżetem oraz usamodzielnianie finansowe;
- 2) pielęgnacja - jako wspieranie procesu leczenia, w tym:
- a) pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych,
 - b) uzgadnianie i pilnowanie terminów wizyt lekarskich, badań diagnostycznych,
 - c) pomoc w wykupywaniu lub zamawianiu leków w aptece,
 - d) pilnowanie przyjmowania leków oraz obserwowanie ewentualnych skutków ubocznych ich stosowania,
 - e) w szczególnie uzasadnionych przypadkach zmiana opatrunków, pomoc w użyciu środków pomocniczych i materiałów medycznych, przedmiotów ortopedycznych, a także w utrzymaniu higieny,
 - f) pomoc w dotarciu do placówek służby zdrowia,
 - g) pomoc w dotarciu do placówek rehabilitacyjnych;
- 3) 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 (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.3)):
- a) zgodnie z zaleceniami lekarskimi lub specjalisty z zakresu rehabilitacji ruchowej lub fizjoterapii,
 - b) współpraca ze specjalistami w zakresie wspierania psychologiczno-pedagogicznego i edukacyjno-terapeutycznego zmierzającego do wielostronnej aktywizacji osoby korzystającej ze specjalistycznych usług;
- 4) pomoc mieszkaniowa, w tym:
- a) w uzyskaniu mieszkania, negocjowaniu i wnoszeniu opłat,
 - b) w organizacji drobnych remontów, adaptacji, napraw, likwidacji barier architektonicznych,
 - c) kształtowanie właściwych relacji osoby uzyskującej pomoc z sąsiadami i gospodarzem domu;
- 5) zapewnienie dzieciom i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi dostępu do zajęć rehabilitacyjnych i rewalidacyjno-wychowawczych, w wyjątkowych przypadkach, jeżeli nie mają możliwości uzyskania dostępu do zajęć, o których mowa w art. 7 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535, z późn. zm.4)).

W terminie oddo

W ilościmiesięcznie/tygodniowo*

.....
(miejscowość data)

.....
(pieczętka i podpis lekarza)

Rodzaje specjalistycznych usług opiekuńczych określa Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 20015r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych. (Dz.U.2005.189.1598 z póź. zm.)

* niepotrzebne skreślić

....., dn.

ZAŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE SPECJALISTYCZNYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH

....., ur.

zam.

jest pacjentem:.....

/nazwa instytucji/

od:

Rozpoznanie:

.....

Ze względu na stan zdrowia dziecka oraz sytuację rodzinną konieczne jest zapewnienie dziecku specjalistycznych usług opiekuńczych w wymiarze godzin tygodniowo, w ramach których prowadzone byłoby usprawnienie i rewalidacja dziecka zgodnie z Rozporządzeniami Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 22.09.2005 r. Dz.U. Nr 189, poz.1598. i Ustawy o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r. ze zmianami. Ze względu na stan zdrowia dziecka, oraz sytuacji rodzinną, konieczne jest zapewnienie dziecku specjalistycznych usług opiekuńczych w:

- formie.....w wymiarze.....godzin tygodniowo,
- formie.....w wymiarze.....godzin tygodniowo,
- formie.....w wymiarze.....godzin tygodniowo,
- formie.....w wymiarze.....godzin tygodniowo,

Dodatkowe informacje:

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

Zaświadczenie wydaje się w celu przedłożenia w OPS, na okres

.....
pieczęć podmiotu leczniczego miejscowość, data

Z A Ś W I A D C Z E N I E

Imię i nazwisko:.....

Data urodzenia:.....

Adres zamieszkania:.....

Rozpoznanie:.....

Dziecko jest pacjentem tutejszego Ośrodka...../Poradni Zdrowia
Psychicznego..... od.....

Ze względu na stan zdrowia dziecka, oraz sytuację rodzinną, konieczne jest zapewnienie
dziecku specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi w:

-formie.....w wymiarze.....godzin tygodniowo,

-formie.....w wymiarze.....godzin tygodniowo,

-formie.....w wymiarze.....godzin tygodniowo,

-formie.....w wymiarze.....godzin tygodniowo,

w ramach których prowadzone byłoby uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do
samodzielnego życia, oraz usprawnienie zaburzonych funkcji organizmu (zgodnie z § 2 pkt.1
lit. A, oraz § 2 pkt. 3 lit b Rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dn. 22 września
2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych - Dz. U. z 2005 r., Nr 189, poz 1598
z późn. Zm.)

Zaświadczenie wydaje się do dnia.....

Zaświadczenie wydaje się w celu przedłożenia w Ośrodku Pomocy Społecznej.

.....
podpis i pieczęć lekarza

....., dnia

(miejscowość)

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany(a)

.....
zamieszkały (imię i nazwisko)

kod pocztowy

--	--

 -

--	--	--	--

 miejscowość

ulica nr domu nr mieszkania

legitymujący(a) się dowodem osobisty serii nr

wydany przez

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nr ewidencyjny PESEL

Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia przewidzianej w art. 233 §1 i §2 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (tekst jedn. Dz. U. z 2019 r., poz. 1950 z późn. zm.) - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy*, a także świadomy celu składania niniejszego dokumentu oświadczam, że:

mój dochód miesięczny wraz ze wszystkimi dodatkami wynosi:

ponadto oświadczam, co następuje

Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego zawiadomienia Ośrodka Pomocy Społecznej o zmianie mojej sytuacji osobistej, dochodowej i majątkowej, która wiąże się z podstawą do przyznania świadczenia.

Stwierdzam własnoręcznie podpisu.

.....
(podpis osoby składającej oświadczenie)

.....
(podpis osoby przyjmującej oświadczenie)

- *Art. 233** §1 - Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.
- §2 - Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania lub odebrał od niego przyrzeczenie.

.....
(Imię i nazwisko)

....., dnia.....
(miejscowość)

Załącznik nr 3

OŚWIADCZENIE O STANIE MAJĄTKOWYM ¹⁾

Ja , urodzony(-na)
(Imię i nazwisko) (data i miejscowość)

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

I. Nieruchomości:

- lokal mieszkalny (wielkość (w m²), tytuł prawny)

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

- dom (wielkość (w m²), tytuł prawny)

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

- place, działki (powierzchnia (w m²))

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

- gospodarstwo rolne (rodzaj, liczba hektarów, w tym przeliczeniowych)

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

¹⁾ Należy uwzględnić majątek objęty wspólnością ustawową oraz majątek odrębny.

²⁾ Niepotrzebne skreślić.

II. Ruchomości:

- samochody (typ , rocznik , wartość szacunkowa)

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

- maszyny (rodzaj, wartość szacunkowa)

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

- inne (rodzaj , wartość szacunkowa)

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

III. Posiadane zasoby:

- pieniądze (oszczędności , papiery wartościowe itp.- wartość nominalna)

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

- przedmioty wartościowe (wartość szacunkowa)

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

IV. Inne , dodatkowe informacje o stanie majątkowym:

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

Jestem świadomy (-ma) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(podpis)

.....
(pieczęć zakładu pracy)

ZAŚWIADCZENIE

Niniejszym zaświadcza się, że Pan(i).....
zamieszkały(a).....
jest zatrudniony(a) od dnia.....
W.....
na stanowisku.....

Miesięczne wynagrodzenie brutto z tytułu zatrudnienia za m-c..... 20..... r.
wynosi.....zł/słownie.....

w tym:

- zaliczka na podatek dochodowy od osób fizycznych..... zł;
- składka na ubezpieczenie zdrowotne zł;
- składka na ubezpieczenie emerytalno – rentowe oraz chorobowe, finansowana przez ubezpieczonego..... zł;

Wynagrodzenie netto wynosi..... zł;

Powyższe dane dotyczą dochodów z tytułu:

1) wynagrodzenia:

- za pracę*
- za czas niezdolności do pracy od *

2) zasiłku:

- chorobowego*
- opiekuńczego*
- rehabilitacyjnego*
- macierzyńskiego*
- wychowawczego*

Wynagrodzenie to:

- nie jest obciążone z tytułu wyroków sądowych lub innych tytułów*
- jest obciążone kwotą zł z tytułu..... *

Wymieniony pracownik:

- nie znajduje się w okresie wypowiedzenia umowy o zatrudnieniu ani w okresie próbnym, nie jest pracownikiem sezonowym.*

W przypadku podania danych niezgodnych ze stanem faktycznym wystawca zaświadczenia ponosi odpowiedzialność wg przepisów prawa karnego.

....., dnia.....20....r.
(miejscowość)

.....
(kierownik zakładu pracy lub osoba przez niego upoważniona)

* niepotrzebne skreślić