

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.

Miejscowość, data

WNIOSEK
osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania.....

Nr PESEL.....

Na podstawie art. 54 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej /t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1507 z późn.zm/ zwracam się z prośbą o rozpatrzenie możliwości umieszczenia w domu pomocy społecznej.

UZASADNIENIE WNIOSKU*

(wypełnia osoba ubiegająca się o umieszczenie lub jej przedstawiciel ustawowy)

Wyrażam zgodę na ponoszenie kosztu odpłatności za pobyt w domu pomocy społecznej oraz zgadzam się na potrącanie odpłatności z moich dochodów.

.....
*data, czytelny podpis osoby***

Do wniosku załączam:

- 1) zaświadczenie lekarskie
- 2) dokumentację medyczną,
- 3) inne dokumenty

(jakie?).....

* uzasadnienie powinno zawierać wskazanie przyczyny z powodu których osoba ubiega się o umieszczenie w domu pomocy społecznej

** czytelny podpis osoby ubiegającej się lub jej przedstawiciela ustawowego



Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

Miejscowość data

**Zaświadczenie lekarskie
o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej**

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

..... (opis w języku polskim)

2. Przebieg schorzenia podstawowego

.....

.....

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące

.....

.....

4. Rokowanie (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja

.....

.....

**5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne, środki pomocnicze i sprzęt rehabilitacyjny,
ewentualne potrzeby w tym zakresie**

.....

.....

**6. Wykaz wykonywanych badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych, innej
dokumentacji medycznej istotnej dla oceny stanu zdrowia (w załączeniu)**

.....

.....

7. Zakres sprawowanej opieki i pielęgnacji:

1) osoba jest **leżąca***, porusza się: **samodzielnie***, **o kulach***, **na wózku inwalidzkim*** z pomocą drugiej osoby*;

2) **przyjmuje pokarmy** samodzielnie*, jest karmiona przez drugą osobę*, wymaga stosowania specjalnej diety (jakiej?).....

3) **rodzaje ograniczenia innych czynności** (np. mycie się, ubieranie, załatwianie czynności fizjologicznych).....

4) rodzaj i częstotliwość zabiegów pielęgnacyjnych wykonywanych w ciągu dnia.....

5) rodzaje i liczba zabiegów rehabilitacyjno-leczniczych wykonywanych w domu i poza domem w ciągu dnia*, tygodnia*, miesiąca*.....

6) częstotliwość wizyt lekarskich w domu*, poza domem*, w tygodniu*, miesiącu*.....

8. Czy aktualnie stwierdza się:

chorobę zakaźną (jaką).....

gruźlicę płuc lub innych narządów:.....

chorobę weneryczną (jaką).....

utrata wzroku: *tak/nie*, w jakim stopniu:.....

padaczkę: *tak/nie*.....

chorobę psychiczną: *tak/nie*, jaką:.....

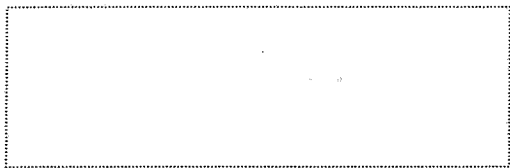
inne kalectwo:.....

Czy chory może być niebezpieczny: dla siebie: *tak/nie*, dla innych: *tak/nie*

dlaczego:.....

.....
pieczętka i podpis
lekarza wystawiającego zaświadczenie

-
- niepotrzebne skreślić



Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

ZASWIADCZENIE LEKARSKIE

Pani/Pan.....

zam.....

świadomie i z własnej woli podjęła/podjął decyzję o zamieszkaniu w domu pomocy społecznej.

.....
*podpis osoby ubiegającej się o umieszczenie
domu pomocy społecznej*

.....
data/podpis i pieczętka lekarza



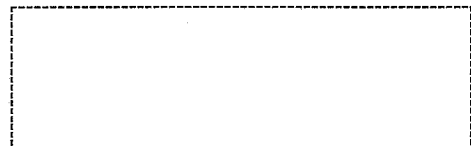
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE*

1.	IMIĘ I NAZWISKO osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej wiek.....
2.	Jest osobą przewlekle chorą i stan jej zdrowia nie wymaga leczenia szpitalnego <input type="checkbox"/> 1. tak <input type="checkbox"/> 2. nie
3.	Wymaga ze względu na stan zdrowia całodobowej opieki: stałe <input type="checkbox"/> 1. tak <input type="checkbox"/> 2. nie okresowo <input type="checkbox"/> 1. tak <input type="checkbox"/> 2. nie
4.	Proszę podać zakres świadczeń zdrowotnych niezbędnych do zapewnienia przez dom pomocy społecznej - pielęgnacja chorych, <input type="checkbox"/> - rehabilitacja lecznicza, <input type="checkbox"/> - pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnymi, <input type="checkbox"/> - badania i terapia psychologiczna, <input type="checkbox"/> - leczenie, badania i porady lekarskie, <input type="checkbox"/> - działania zapobiegawcze <input type="checkbox"/>
5.	Czy istnieją przeciwwskazania do umieszczenia w domu pomocy społecznej <input type="checkbox"/> 1. tak <input type="checkbox"/> 2. nie - Zalecana konsultacja lekarza psychiatry * <input type="checkbox"/> 1. tak <input type="checkbox"/> 2. nie - Zalecana konsultacja psychologa ** <input type="checkbox"/> 1. tak <input type="checkbox"/> 2. nie
6.	Powinien (powinna) być umieszczony(a) w domu pomocy społecznej na pobyt całodobowy o profilu:* 1) dla osób w podeszłym wieku, 2) dla osób przewlekle somatycznie chorych, 3) dla osób przewlekle psychicznie chorych, 4) dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie, 5) dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie, 6) dla osób niepełnosprawnych fizycznie, <p style="text-align: right;">* <u>właściwe podkreślić</u></p>

Miejscowość

Data



Podpis i pieczęć lekarza

* W wypadku występowania choroby psychicznej u osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej, do niniejszego zaświadczenia lekarskiego dołącza się zaświadczenie lekarza psychiatry.

** W wypadku występowania upośledzenia umysłowego u osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej, do niniejszego zaświadczenia lekarskiego dołącza się zaświadczenie psychologa.



pieczęć
zakładu opieki zdrowotnej

Zaświadczenie wydaje psycholog dla osoby upośledzonej umysłowo ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej (dla dzieci od 3 roku życia zaświadczenie wystawia tylko poradnia psychologiczno – pedagogiczna)

ZAŚWIADCZENIE PSYCHOLOGA

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej
2. Stwierdza się upośledzenie umysłowe w stopniu IQ:
3. Charakterystyka osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej pod względem: a. intelektualnym b. emocjonalnym c. społecznym
4. Najbardziej charakterystyczne cechy osobowości i zachowań
5. Czy osoba ubiegająca się o skierowanie do domu pomocy społecznej pozostawała lub pozostaje pod opieką psychiatryczną, jeżeli tak, to z jakiego powodu? Czy była z tego powodu hospitalizowana, jeśli tak, to jak długo?.....
6. Przebieg dotychczasowej rehabilitacji
7. Psycholog (ewentualnie lekarz) prowadzący (imię i nazwisko, adres, numer telefonu)
8. Uwagi uzupełniające i zalecenia psychologa

Miejscowość

Data.....



podpis i pieczęć psychologa

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że wyrażam zgodę na ponoszenie opłaty za pobyt w domu pomocy społecznej w wysokości 70 % posiadanego dochodu, stanowiącego podstawę naliczenia odpłatności za dps oraz przekazywanie i potrącanie jej z posiadanych dochodów na rzecz Domu.

Suwałki, dnia

.....

(czytelny podpis)

.....

(potwierdzam własnoręczność podpisu)

....., 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

wydanym 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 zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.

.....
(Imię i nazwisko)

....., dnia.....
(miejscowość)

Załącznik nr 3

.....
(adres)

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