



**WNIOSEK
O PRYZNANIE USŁUGI SPOŁECZNEJ
W RAMACH PROGRAMU USŁUG SPOŁECZNYCH**

**CZĘŚĆ I
DANE WNIOSKODAWCY¹**

1. Nazwisko i imię										
2. Płeć										
<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna										
3. Adres zamieszkania										
Ulica, nr domu/ nr lokalu										
Miejscowość, kod pocztowy										
4. Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż adres zamieszkania)										
5. Telefon kontaktowy										
6. Adres e-mail										
7. PESEL										

DANE ODBIORCY USŁUGI²

1. Nazwisko i Imię										
2. Płeć										
<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna										
3. Adres zamieszkania										
Ulica, nr domu/ nr lokalu										
Miejscowość, kod pocztowy										
4. Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż adres zamieszkania)										
5. Telefon kontaktowy										
6. Adres e-mail										
7. PESEL										

¹ Jeżeli dane Wnioskodawcy są inne niż Odbiorcy usługi należy podać np. dane rodzica, opiekuna prawnego, opiekuna faktycznego w stosunku do osób niepełnoletnich, ubezwłasnowolnionych lub np. dane lidera grupy.

² Proszę wypełnić, jeśli dane są inne niż Wnioskodawcy.

CZĘŚĆ II**WYBÓR USŁUGI SPOŁECZNEJ – proszę zaznaczyć X przy wybranej usłudze**

Pakiet socjalny	
Nazwa usługi	Zakres usługi
<input type="checkbox"/> Wsparcie psychologiczne i terapeutyczne	
<input type="checkbox"/> Specjalistyczna usługa w zakresie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży	

Pakiet reintegracyjny	
Nazwa usługi	Zakres usługi
<input type="checkbox"/> Opiekun osoby starszej	
<input type="checkbox"/> Opiekun osoby z niepełnosprawnościami	
<input type="checkbox"/> Usługi opieki nad dziećmi do lat 10	
<input type="checkbox"/> Usługi opieki nad dziećmi z orzeczoną niepełnosprawnością	
<input type="checkbox"/> Mobilny konsultant snu	
<input type="checkbox"/> Transport dla seniora i osób z niepełnosprawnościami (w tym osób na wózkach)	
<input type="checkbox"/> Klub integracja – dla osób z niepełnosprawnościami oraz osób w kryzysie	
<input type="checkbox"/> Usługi dla seniorów i osób z niepełnosprawnościami	
<input type="checkbox"/> Wypożyczalnia sprzętu rehabilitacyjnego	Proszę zaznaczyć okres wypożyczenia (max. 6 miesięcy): <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> Warsztaty skierowane do mieszkańców obszarów wiejskich (w tym osób samotnych)	
<input type="checkbox"/> Mieszkania treningowe dla osób z całościowym zaburzeniem rozwoju w tym z autyzmem i zespołem Aspergera	

Pakiet Środowiskowy	
Nazwa usługi	Zakres usługi
<input type="checkbox"/> Działania Organizatorów Społeczności Lokalnej	<input type="checkbox"/> Centrum Kręgów Wsparcia <input type="checkbox"/> Życzliwy telefon <input type="checkbox"/> Pomoc sąsiedzka <input type="checkbox"/> Dwieście lat
<input type="checkbox"/> Klub wolontariatu	

Pakiet edukacyjny	
Nazwa usługi	Zakres usługi

<input type="checkbox"/>	Młodzieżowe Centrum Kompetencji	
<input type="checkbox"/>	Szkolenia opiekunów zależnych	

Pakiet integracyjny		
Nazwa usługi		Zakres usługi
<input type="checkbox"/>	Grupy wsparcia	

Pakiet zawodowy		
Nazwa usługi		Zakres usługi
<input type="checkbox"/>	Biuro kariery (pośrednik dla osób młodych; głównie 16-24 lat)	

Pakiet specjalistyczny		
Nazwa usługi		Zakres usługi
<input type="checkbox"/>	Doradca osoby lub rodziny znajdującej się w trudnej sytuacji zdrowotnej	
<input type="checkbox"/>	Mobilny konserwator – „Złota Rączka”	
<input type="checkbox"/>	Teleopieka	
<input type="checkbox"/>	Programy wspierające zdrowie i zdrowy tryb życia	

CZĘŚĆ III

DANE UZUPEŁNIAJĄCE (proszę zaznaczyć właściwe X)

Sytuacja życiowa, rodzinna
Dziecko z orzeczeniem o niepełnosprawności zawierającym wskazanie o konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku z ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
Opiekun osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności ze wskazaniem o konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku z ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
Osoba niesamodzielna: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
Osoba sprawująca opiekę faktyczną nad osobą niesamodzielną/niepełnosprawną: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
Informacja dotycząca niepełnosprawności
Stopień niepełnosprawności: <input type="checkbox"/> orzeczenie o niepełnosprawności (do 16 r.ż.) <input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany

<input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> nie dotyczy
<input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka <input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka <input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka <input type="checkbox"/> nie dotyczy
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i niezdolność do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Dane dotyczące gospodarstwa domowego
Osoba samotna: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Inne
Chcę otrzymywać ofertę działań wspierających: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

CZĘŚĆ IV

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem się z postanowieniami Regulaminów korzystania z usług społecznych realizowanych przez Centrum Usług Społecznych w Goleniowie.
2. Przedstawione przeze mnie dane są prawdziwe i odpowiadają stanowi faktycznemu na dzień podpisania wniosku. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

miejsowość i data

czytelny podpis wnioskodawcy

OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH

Na podstawie art. 13 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 (RODO), informuję:

1. Administratorem danych osobowych jest Centrum Usług Społecznych z siedzibą w Goleniowie, ul. Poczтовая 13, tel. 91 460 14 72, e-mail: cus@goleniow.pl
2. Przetwarzanie danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w art. 6 ust. 1 lit. c; art. 6 ust. 1 lit. e oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 (RODO) – przetwarzanie jest niezbędne dla realizacji usług społecznych na podstawie ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych.
3. Celem przetwarzania danych osobowych jest realizacja usług społecznych, w szczególności udzielenie wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu oraz sprawozdawczości.
4. Dane osobowe mogą zostać udostępnione organom upoważnionym zgodnie z obowiązującym prawem.
5. Podanie danych osobowych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia.
6. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
7. Dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
8. Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celu przetwarzania, oraz do zakończenia archiwizacji dokumentów na podstawie przepisów ustawy o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.
9. Osobie, której dane są przetwarzane przysługuje prawo:
 - a) dostępu do treści danych i ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania jeżeli spełnione są przesłanki określone w art. 16 i 18 RODO,
 - b) wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
10. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych: tel. 91 407 34 77, e-mail: iod@cus.goleniow.pl