



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

ANKIETA

Dane członka rodziny lub opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę:	
Imię i nazwisko:	
PESEL:	
Adres zamieszkania	
Kod pocztowy, miejscowość:	
Nr domu/lokalu:	
Telefon kontaktowy:	
Jestem zainteresowany/a udziałem w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego:	
☐ TAK	☐ NIE
Zamieszkuję we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą z niepełnosprawnością, która wymaga stałej opieki w zakresie potrzeb życia codziennego:	
☐ TAK	☐ NIE
Jestem osobą aktywną zawodowo:	
☐ TAK	
☐ NIE	
☐ EMERYT/RENCISTA	
Sprawuję bezpośrednią opiekę nad:	
☐ dzieckiem od ukończenia 2 roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności – konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji	
☐ osobą niepełnosprawną posiadającą orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności	
☐ osobą niepełnosprawną posiadającą orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem wymienionym w lit. a, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 44, z późn. zm.)	
Proszę wskazać rodzaj niepełnosprawności osoby z niepełnosprawnością, którą opiekuje się Pani/Pan w chwili obecnej:	
☐ dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowa – rdzeniowa)	
☐ dysfunkcja narządu wzroku	
☐ zaburzenia psychiczne	
☐ dysfunkcje o podłożu neurologicznym	
☐ dysfunkcja narządu mowy i słuchu	
☐ pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne	



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

Osoba z niepełnosprawnością korzysta z innego rodzaju wsparcia dziennego lub całodobowego:

- ☐ TAK
☐ NIE
☐ Jeśli tak – proszę wskazać nazwę placówki lub formę wsparcia.....

Jestem zainteresowana/y uzyskaniem wsparcia w formie:

- ☐ dziennej (nie więcej niż 240 godzin) proszę wpisać liczbę godzin.....
☐ całodobowej (nie więcej niż 14 dób) proszę wpisać liczbę dób.....

W przypadku wybrania dziennej opieki wytchnieniowej mam możliwość wskazania osoby, która mogłaby pełnić funkcję opiekuna:

- ☐ TAK ☐ NIE

Osoba z niepełnosprawnością wymaga wsparcia w czynnościach:

- ☐ Samoobsługowych
☐ poruszaniu się
☐ komunikacji i orientacji
☐ czynnościach dnia codziennego
☐ innych:

Dane osoby nad którą ww. sprawuje bezpośrednią opiekę:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Kod pocztowy, miejscowość:

Nr domu/lokalu:

Telefon kontaktowy:

Radgoszcz, dnia
/Data i czytelny podpis osoby składającej ankietę/

Oświadczam, że dane podane w formularzu są zgodne ze stanem faktycznym i służą wyłącznie celom diagnostycznym, związanym z przygotowaniem przez jednostkę samorządu terytorialnego diagnozy potrzeb w zakresie realizacji programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2026 finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego.

Do ankiety należy dołączyć kserokopię ważnego orzeczenia o niepełnosprawności (do wglądu należy przedłożyć oryginał orzeczenia). Złożenie ankiety nie jest jednoznaczne z zakwalifikowaniem Pana/Pani do udziału w Programie, a jedynie służy zaplanowaniu środków finansowych w ramach przedmiotowego Programu.



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 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, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Radgoszczu**, zwany dalej: „Administratorem”. Kontakt do Administratora: e-mail: **gops@radgoszcz.pl**. **Kontakt do Inspektora Ochrony Danych: od@radgoszcz.pl**
2. Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych jest przesłanka RODO z art. 6 ust. 1 lit. c - przepis szczególny tj. art. 17 ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu diagnozy potrzeb mieszkańców gminy wiejskiej Radgoszcz w zakresie realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego.
4. Podanie danych osobowych jest dobrowolne lecz niezbędne do uwzględnienia w diagnozie potrzeb mieszkańców gminy wiejskiej Radgoszcz w zakresie realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego.
5. Pani/Pana dane osobowe po zrealizowaniu celu, dla którego zostały zebrane, będą przetwarzane do celów archiwalnych i przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa i wewnętrznych regulacji dotyczących archiwizowania danych obowiązujących w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Radgoszczu.
6. Administrator może przekazać Pani/Pana dane innym odbiorcom. Odbiorcami Pani/ Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym administrator jest zobowiązany udostępnić dane w oparciu o przepisy powszechnie obowiązującego prawa oraz firmy, które na podstawie stosownych umów które na podstawie stosownych umów przetwarzają dane w imieniu administratora.
7. Administrator nie przekazuje Pani/Pana danych do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowych.
8. Ma Pani/Pan prawo żądać od Administratora dostępu do swoich danych, ich sprostowania, przenoszenia i usunięcia, a także prawo do ograniczenia przetwarzania danych lub do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania jeżeli nie jest to ograniczone poprzez inne przepisy prawne.
9. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przez Administratora przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w Warszawie.
10. W oparciu o Pani/Pana dane osobowe Administrator nie będzie podejmował wobec Pani/Pana zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

Radgoszcz, dnia

/Data i czytelny podpis/