

**WNIOSEK O PRZYJĘCIE UCZESTNIKA
NA TURNUS USAMODZIELNIAJĄCY- TRENINGOOWY
- INSTYTUCJA**

Zadanie realizowane na zlecenie Gminy Ożarówice – w ramach otwartego konkursu ofert na realizację zadań publicznych Gminy Ożarówice pod nazwą: „Rozwój usług środowiskowych w Gminie Ożarówice – cz. II” Działanie realizowane jest w ramach projektu pt. „Opracowanie i pilotażowe wdrożenie mechanizmów i planów deinstytucjonalizacji usług społecznych” Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 Oś priorytetowa II Efektywne polityki publiczne dla rynku pracy, gospodarki i edukacji Działanie 2.8. Rozwój usług społecznych świadczonych w środowisku lokalnym

CZĘŚĆ A

WNOSKODAWCA DPS	NAZWA	
	TYP DOMU	
	KOD POCZTOWY	
	MIEJSCOWŚĆ	
	ULICA	
	NR	
	TELEFON	
	EMAIL	
REPREZENTOWANY PRZEZ		
OSOBA DO KONTAKTÓW	IMIĘ NAZIWSKO	
	STANOWISKO	
	TELEFON, EMAIL	
DANE MIESZKAŃCA		
IMIĘ		
NAZWISKO		
PESEL		
TELEFON		
DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO		
TELEFON		
DODATKOWE INFORMACJE		
INFORMACJE O MIESZKAŃCU		
INFORMACJE O ZDROWIU (schorzenia, stopień sprawności, itp.)		
INFORMACJA O SPOSOBIE FUNKCJONOWANIA (proszę opisać sposób funkcjonowania, komunikatywność, łatwość w nawiązywaniu kontaktu, określić sposób współpracy z personelem, itp.)		
INNE ISTOTNE INFORMACJE		





**ZGODA MIESZKAŃCA NA UDZIAŁ W TURNUSIE USAMODZIELNIAJĄCYM- TRENINGOWYM
lub ZGODA PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO**

Jawyrażam zgodę na udział w turnusie usamodzielniającym a także wyrażam zgodę na przekazanie informacji dotyczących mojej sytuacji życiowej i danych osobowych dla potrzeb udziału w turnusie.

Wyrażam również zgodę na przetwarzanie przez Fundację Libertatem z siedzibą w Brzozowie moich danych w zakresie: imię, nazwisko, PESEL, adres zameldowania/adres zamieszkania, pełną dokumentację medyczną, adres macierzystego DPS, numer telefonu kontaktowego, adres e-mail, a także imię i nazwisko oraz numer telefonu mojej osoby najbliższej w następujących celach: realizacji na moją rzecz usługi pobytu turnusowego – treningowego.

Przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie. Nie będzie to miało wpływu na przetwarzanie, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

data miejscowość.....	podpis
-----------------------------	-----------------

OŚWIADCZENIE DYREKTORA DPS

- 1) Oświadczam że wszystkie dane powyżej są zgodne z prawdą.
- 2) Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem Udziału w turnusie usamodzielniającym -- treningowym i akceptuję jego treść, a także zobowiązuję się do stosowania jego zapisów.
- 3) Do wniosku dołączam:
 - a) informację o stanie zdrowia Mieszkańca
 - b) wykaz leków zleconych przez lekarza wraz z informacją o dawkowaniu

imię i nazwisko Dyrektora DPS	
podpis i pieczęć	
data	
miejscowość	

POUCZENIE:

WNIOSEK (część A, B, C) należy:

- złożyć osobiście (ul. Sportowa 1, Ożarówice, Centrum Wsparcia Seniora „Gniazdo”)

Lub

- wysłać elektronicznie na adres mailowy: biuro@fundcjaliibertatem.pl





Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych dla uczestników turnusów usamodzielniająco - treningowych

Na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.4.2016 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 (dalej: RODO), informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Fundacja Libertatem z siedzibą w Brzozowie, ul. Bielawskiego 3/12, kod pocztowy 36-200, e-mail: biuro@fundacjalibertatem.pl, tel. 517 418 928.
2. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych w Fundacji Libertatem z siedzibą w Brzozowie ul. Bielawskiego 3/12, kod pocztowy 36-200 to: e-mail: iod@fundacjalibertatem.pl, tel. 517 418 928
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji na Pani/Pana rzecz usługi pobytu usamodzielniająco- turnusowego oraz w celach archiwalnych.
Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych w powyższych celach jest zgoda (art. 6 ust. 1 lit. a w zw. z art. 9 ust. 2 lit. a RODO) oraz art. 6 ustawy z dnia 14 lipca 1983 roku o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (art. 6 ust. 1 lit. c RODO).
4. Pani/Pana dane osobowe będą ujawniane osobom upoważnionym przez administratora danych osobowych, podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, podmiotom zajmującym się archiwizacją, dostawcom systemów informatycznych i usług IT, a w zakresie danych korespondencyjnych operatorowi pocztowemu lub kurierowi.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do czasu zakończenia i rozliczenia Projektu oraz zakończenia okresów trwałości Projektu a także przez okres wynikający z przepisów prawa dotyczących archiwizacji.
6. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia oraz prawo do ograniczenia ich przetwarzania. Ponadto także prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
7. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne. Niepodanie danych skutkuje brakiem możliwości pobytu na turnusie usamodzielniająco – treningowym.
9. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.
10. Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

<p>data</p> <p>miejsceowość.....</p>	<p>podpis Mieszkańca</p> <p>.....</p>
--	---------------------------------------

LIBERTATEM
FUNDACJA



LIBERTATEM



CZĘŚĆ B

DANE MIESZKAŃCA

IMIĘ	
NAZWISKO	

OCENA SKALI SAMODZIELNOŚCI MIESZKAŃCA

imię i nazwisko osoby wykonującej ocenę	
podpis i pieczęć	
data	
miejsowość	

Arkusz rozpoznania potrzeb i zakresu indywidualnego wsparcia usamodzielnianego mieszkańca DPS

Profil sprawności (aktywności) osoby				Dziedzina/aktywność	Potrzeba pomocy			
nie dotyczy	potrafi	potrafi z trudnościami	nie potrafi		A	B	C	D
					żadna pomoc nie jest potrzebna / oczekiwana	doradztwo / asystowanie / przypominanie	ruchoma pomoc / prowadzenie / częściowe instruowanie	pełna pomoc w zakresie / intensywne wspieranie, opieka, towarzyszenie
prowadzenie życia codziennego								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zakupy: Środki żywności, zakupy przedmiotów codziennego użytku (określenie potrzeb, wybór sklepu, wyszukanie towaru)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Przygotowywanie przekąsek: Przygotowywanie prostych potraw, przekąsek i napojów (włączając śniadania i kolacje)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Przygotowywanie głównych posiłków: Przygotowywanie ciepłych posiłków (włączając obsługę urządzeń kuchennych)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pranie: Pranie rzeczy osobistych, sortowanie (przed i po praniu), obsługa urządzeń (pralka, żelazko)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Porządki we własnym otoczeniu: Sprzątanie, czyszczenie pokoju	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zarządzanie pieniędzmi: Znajomość wartości pieniądza, podział pieniędzy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indywidualna opieka podstawowa

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pielęgnacja ciała: Mycie się (całkowicie lub tylko częściowo), toaleta poranna i wieczorna (poza kąpielą i prysznicem, radzenie sobie z menstruacją)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Higiena osobista/korzystanie z toalety: Odnajdywanie toalety, korzystanie z wyposażenia,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wstawanie/kładzenie się do łóżka: Podstawowa sprawność ruchowa (umiejętności ruchowe), aspekty motywacyjne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kąpanie się/prysznic: Samodzielne korzystanie z wanny albo z prysznica (umiejętności ruchowe, potrzeba dozoru, aspekty motywacyjne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ubieranie się / rozbieranie: Wybór ubrania, umiejętności ruchowe, samodzielne ubieranie się lub rozbieranie (mała i duża motoryka)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kształtowanie stosunków społecznych

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Relacje ze współlokatorami, sąsiadami, rozwiązywanie konfliktów, unikanie izolacji, przestrzeganie uzgodnień	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Komunikowanie się i orientacja





Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita
Polska

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kompensacja niektórych zmysłów: Używanie środków pomocy, jak laska, aparat słuchowy, PC, itd., uczenie się i posługiwanie językiem migowym albo innymi metodami komunikacji alternatywnej i wspomagającej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Orientacja czasowa: Znajomość zegara, rytmu dnia i nocy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Orientacja przestrzenna w znanym otoczeniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Orientacja przestrzenna w nieznanym otoczeniu: (w szczególności zasady bezpieczeństwa w ruchu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rozwój emocjonalny i psychiczny

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Opanowanie strachu, niepokoju, napięć:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Opanowanie zaburzeń popędu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Opanowanie sytuacji obniżonego nastroju, apatii, braku zainteresowania, itd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Utrzymywanie relacji z innymi ludźmi oraz ograniczanie zachowań niebezpiecznych dla danej osoby jak i dla innych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

utrzymywanie i wspieranie stanu zdrowia

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Realizowanie zaleceń lekarskich lub terapeutycznych: Przygotowywanie, dozowanie i przyjmowanie leków, ćwiczenia fizyczne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

LIBERTATEM
FUNDACJA



LIBERTATEM

ul. Bielawskiego 3/12, 36-200 Brzozów
tel. 517-418-928
biuro@fundacjalibertatem.pl
fundacjalibertatem.pl
nr rach. 74 1240 2324 1111 0011 0757 2548





CZĘŚĆ C

DANE MIESZKAŃCA	
IMIE	
NAZWISKO	

WYKAZ LEKÓW ZLECONYCH PRZEZ LEKARZA WRAZ Z INFORMACJĄ O DAWKOWANIU

Lp	Nazwa leku – sposób dawkowania	UWAGI
imię i nazwisko osoby sporządzającej		
podpis i pieczęć		
data		
miejsowość		

LIBERTATEM
FUNDACJA



LIBERTATEM

