

DIAGNOZA ZAPOTRZEBOWANIA NA USŁUGI ASYSTENCJI OSOBISTEJ W 2027 R.
Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla JST – edycja 2027

Cel: *Diagnoza służy rozpoznaniu zapotrzebowania mieszkańców Gminy Samborzec na usługi asystencji osobistej w związku z planowanym ubieganiem się Gminy o środki na realizację Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2027*

I. DANE OSOBY, KTÓREJ DOTYCZY ZAPOTRZEBOWANIE

Imię i nazwisko:

Rok urodzenia: Gmina: Miejscowość:

Telefon/e-mail:

Status: ☐ osoba dorosła ☐ dziecko 2–16 lat ☐ rodzic/opiekun prawny wypełnia w imieniu osoby

II. POSIADANE ORZECZENIE - Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź: *(do kwestionariusz można dołączyć kserokopię orzeczenia)*

- ☐ orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności
- ☐ orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną
- ☐ orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności
- ☐ orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną
- ☐ orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności
- ☐ orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności
- ☐ orzeczenie o niepełnosprawności dziecka od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia, łącznie ze wskazaniami w pkt 7 i 8 w orzeczeniu

Główne ograniczenie funkcjonowania:

- ☐ ruchowe ☐ wzrok ☐ słuch ☐ intelektualne ☐ psychiczne ☐ spektrum autyzmu ☐ neurologiczne
- ☐ inne:

III. SYTUACJA ŻYCIOWA I DOSTĘP DO POMOCY

Osoba mieszka: ☐ samotnie ☐ z rodziną/opiekunem ☐ z innymi osobami

Czy ktoś pomaga na co dzień? ☐ TAK ☐ NIE ☐ CZĘŚCIOWO

Czy pomoc rodziny/opiekuna wystarcza do zaspokojenia codziennych potrzeb? ☐ TAK ☐ NIE ☐ CZĘŚCIOWO

Główna przyczyna ograniczonej pomocy opiekuna: ☐ praca zawodowa ☐ własne problemy zdrowotne ☐ opieka nad innymi osobami ☐ brak opiekuna ☐ inne:

IV. OBSZARY, W KTÓRYCH POTRZEBNE JEST WSPARCIE ASYSTENTA - Można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź.

- ☐ wsparcie w czynnościach samoobsługowych i codziennych
- ☐ wsparcie w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie
- ☐ wsparcie w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania
- ☐ wsparcie w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem
- ☐ inne – jakie?

V. AKTUALNIE OTRZYMYWANE WSPARCIE

1. Czy osoba korzystała/korzysta z Programu AOON w 2026 r.? ☐ TAK ☐ NIE
Jeżeli TAK – przyznana/wykorzystywana liczba godzin: godz./miesiąc godz./rok
2. Czy obecny wymiar wsparcia jest wystarczający? ☐ TAK ☐ NIE ☐ CZĘŚCIOWO
3. Inne wsparcie: ☐ usługi opiekuńcze ☐ specjalistyczne usługi opiekuńcze ☐ WTZ ☐ ŚDS ☐ rehabilitacja
☐ rodzina ☐ inne:

VI. ZAPOTRZEBOWANIE NA USŁUGI ASYSTENCJI OSOBISTEJ W 2027 R.

- Szacunkowa liczba godzin potrzebnych: godz./tydzień godz./miesiąc godz./rok
 - Charakter zapotrzebowania: ☐ stałe przez cały rok ☐ okresowe ☐ zmienne
 - Dni, w których wsparcie będzie potrzebne: ☐ pon. ☐ wt. ☐ śr. ☐ czw. ☐ pt. ☐ sob. ☐ niedz.
 - Czy wsparcie będzie potrzebne podczas dojazdów/transportu? ☐ TAK ☐ NIE
- Jeżeli TAK, głównie do: ☐ lekarza ☐ rehabilitacji ☐ pracy ☐ szkoły ☐ urzędu ☐ innych miejsc:

VII. NAJWAŻNIEJSZY EFEKT, JAKI MA ZAPEWNIĆ USŁUGA

Proszę wskazać maksymalnie 3 najważniejsze:

- ☐ większa samodzielność ☐ możliwość pozostania w środowisku domowym ☐ leczenie/rehabilitacja
☐ edukacja/praca ☐ aktywność społeczna ☐ załatwianie spraw ☐ bezpieczeństwo ☐ odciążenie rodziny/opiekuna

VIII. MOŻLIWOŚĆ WSKAZANIA ASYSTENTA

Czy osoba może wskazać osobę do świadczenia usług? ☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM/potrzebuję pomocy w znalezieniu asystenta

Jeżeli tak, proszę podać imię i nazwisko tej osoby

Osoba wskazana jako preferowany asystent musi spełniać warunki określone w Programie. Asystentem nie może być m.in. członek rodziny uczestnika ani osoba faktycznie z nim zamieszkująca.

IX. OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że podane informacje są zgodne ze stanem faktycznym. Mam świadomość, że niniejszy kwestionariusz służy wyłącznie diagnozie potrzeb i przygotowaniu wniosku na 2027 r. oraz nie stanowi zgłoszenia do Programu ani gwarancji przyznania usług.

Miejscowość /data: Podpis:

**KLAUZULA INFORMACYJNA RODO
ORAZ ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH
w związku z diagnozą potrzeb do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2027**

Niniejsza klauzula dotyczy wyłącznie dobrowolnego przekazania danych w celu przeprowadzenia przez Gminę Samborzec/Ośrodek Pomocy Społecznej w Samborcu diagnozy zapotrzebowania na usługi asystencji osobistej oraz przygotowania wniosku o środki finansowe na realizację Programu w 2027 r. Złożenie kwestionariusza diagnostycznego nie jest zgłoszeniem do Programu i nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Programie.

1. Administratorem danych osobowych jest Ośrodek Pomocy Społecznej w Samborcu z siedzibą Samborzec, 27-650 Samborzec 43 reprezentowany przez Kierownika. Z Administratorem można kontaktować się telefonicznie: 15 8314464
2. We wszystkich sprawach dotyczących ochrony danych osobowych można kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail: iod@opssamborzec.pl
3. Dane osobowe będą przetwarzane w celu: przeprowadzenia diagnozy potrzeb mieszkańców Gminy Samborzec w zakresie usług asystencji osobistej; oszacowania liczby potencjalnych uczestników, zakresu potrzeb i liczby godzin usług; przygotowania wniosku Gminy Samborzec o środki finansowe w ramach Programu AOON JST – edycja 2027; kontaktu w sprawach związanych z uzupełnieniem lub wyjaśnieniem danych zawartych w kwestionariuszu.
4. Na etapie diagnozy podstawą przetwarzania danych podanych dobrowolnie w kwestionariuszu jest zgoda osoby, której dane dotyczą, albo jej przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego – art. 6 ust. 1 lit. a RODO, a w odniesieniu do danych szczególnej kategorii, w szczególności danych dotyczących zdrowia i niepełnosprawności – art. 9 ust. 2 lit. a RODO.
5. Dane z kwestionariuszy będą wykorzystywane do opracowania danych zbiorczych niezbędnych do przygotowania wniosku. Co do zasady do wniosku przekazywane są dane zagregowane, bez danych pozwalających bezpośrednio zidentyfikować osobę. Dane identyfikacyjne mogą zostać udostępnione wyłącznie podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa albo gdy będzie to konieczne na dalszym, formalnym etapie realizacji Programu.
6. Odbiorcami danych mogą być podmioty uprawnione do ich otrzymania na podstawie przepisów prawa oraz podmioty świadczące na rzecz Administratora usługi związane z obsługą systemów informatycznych, korespondencji, archiwizacji lub innych czynności realizowanych na podstawie odpowiednich umów i upoważnień.
7. Dane będą przechowywane przez okres niezbędny do przeprowadzenia diagnozy, przygotowania i rozpatrzenia wniosku Gminy Samborzec, a następnie przez okres wynikający z obowiązujących Administratora przepisów kancelaryjnych i archiwalnych. Jeżeli osoba zostanie następnie uczestnikiem Programu, dalsze przetwarzanie danych odbywać się będzie na zasadach określonych dla formalnej rekrutacji i realizacji Programu.
8. Osobie, której dane dotyczą, przysługuje – w zakresie wynikającym z RODO – prawo dostępu do danych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania oraz prawo do wycofania zgody w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego przed jej wycofaniem.
9. Zgodę można wycofać poprzez kontakt z Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Samborcu, w szczególności pisemnie lub za pośrednictwem danych kontaktowych wskazanych powyżej. Jeżeli dane zostały już wykorzystane wyłącznie w postaci anonimowej lub zagregowanej, wycofanie zgody nie powoduje możliwości usunięcia informacji, których nie można już powiązać z konkretną osobą.
10. Osobie, której dane dotyczą, przysługuje prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeżeli uzna, że przetwarzanie danych narusza przepisy RODO.
11. Podanie danych w kwestionariuszu jest dobrowolne. Brak zgody lub niewypełnienie kwestionariusza nie pozbawia prawa do ubiegania się o udział w Programie w późniejszym, formalnym naborze uczestników, jeżeli Gmina Samborzec przystąpi do realizacji Programu.
12. Dane nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani profilowania w rozumieniu art. 22 RODO.

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH W CELU DIAGNOZY

☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych podanych w Kwestionariuszu diagnozy zapotrzebowania na usługi asystencji osobistej w 2027 r., w tym danych dotyczących zdrowia i niepełnosprawności, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia diagnozy potrzeb mieszkańców Gminy Samborzec i przygotowania wniosku o środki finansowe w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2027.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z powyższą klauzulą informacyjną i wiem, że zgoda jest dobrowolna oraz może zostać wycofana.

.....
miejscowość, data

.....
czytelny podpis osoby / rodzica / opiekuna prawnego

W przypadku osoby małoletniej lub reprezentowanej – podpis składa rodzic, opiekun prawny albo inny uprawniony przedstawiciel.

