

## **Wniosek o przyznanie pomocy w formie pobytu w mieszkaniu treningowym**

Zwracam się z prośbą o udzielenie mi pomocy w formie pobytu w mieszkaniu treningowym przy ul. Szkolnej 6 w Piławie Górnej, prowadzonym przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie i Ochrony Zdrowia w Dzierżoniowie, w którym chciałabym zamieszkać od: .....

- Imię i nazwisko wnioskodawcy .....
- Data urodzenia wnioskodawcy (PESEL) .....
- Miejsce zamieszkania przed umieszczeniem w pierwszej formie opieki zastępczej .....
- Placówka, którą opuścił wnioskodawca (adres) lub imię i nazwisko rodziny zastępczej (adres i telefon do kontaktu) .....
- Aktualne miejsce zamieszkania .....
- Aktualny nr telefonu kontaktowego .....
- Wysokość miesięcznego dochodu (z jakiego tytułu) – dochód z miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku .....
- Sytuacja szkolna .....
- Sytuacja rodzinna, mieszkaniowa i zdrowotna .....

- .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....
- Imię i nazwisko, telefon opiekuna usamodzielnienia (stopień pokrewieństwa); w przypadku pracowników instytucji wymagany adres jednostki .....
- .....  
.....

Oświadczam, że: realizuję zatwierdzony przez dyrektora PCPR indywidualny program usamodzielnienia, nie mam możliwości powrotu do środowiska naturalnego, wymagam wsparcia w podjęciu samodzielnego życia, nie pozostaję w związku małżeńskim, nie jestem osobą uzależnioną od alkoholu oraz środków odurzających i psychotropowych, nie zostałam/łem skazana/y prawomocnym wyrokiem za popełnione przestępstwa z winy umyślnej.

Jednocześnie zobowiązuję się do współdziałania w rozwiązywaniu mojej trudnej sytuacji życiowej poprzez aktywną współpracę z pracownikami Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie i Ochrony Zdrowia w Dzierżoniowie oraz udział we wskazanych formach pomocy, w szczególności realizacji indywidualnego programu usamodzielnienia.

**Załączniki:**

1. Załącznik nr 1 – Oświadczenie/ klauzula.
2. Załącznik nr 2 – Pisemne zobowiązanie opiekuna usamodzielnienia do współpracy.
3. Załącznik nr 3 – Pisemne zobowiązanie ubiegającego się o pobyt w mieszkaniu treningowym.
4. Załącznik nr 4 – Oświadczenie o miejscu osiedlenia się.
5. Kopię indywidualnego programu usamodzielnienia i modyfikacji (do wglądu oryginały).
6. Opinię dyrektora placówki, w której przebywała osoba ubiegająca się o pobyt w mieszkaniu treningowym lub w przypadku wychowanków rodzin zastępczych pracownika zajmującego się daną rodziną zastępczą, właściwego ze względu na ostatnie miejsce zamieszkania rodziny zastępczej usamodzielniającego się wychowanka (dotyczy sytuacji gdy od opuszczenia placówki lub rodziny zastępczej nie upłynęło więcej niż 6 miesięcy) lub opinię opiekuna usamodzielnienia.

Dzierżoniów, dnia .....

.....  
Podpis Wnioskodawcy  
(osoby usamodzielnianej/ opiekuna prawnego/  
rodziny zastępczej/ opiekuna usamodzielnienia/  
dyrektora placówki)

## Oświadczenie

Oświadczam, iż zgodnie z Rozporządzeniem 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 (4.5.2016 L 119/38 Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej PL) oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1000) **wyrażam zgodę** na przetwarzanie moich danych w stopniu niezbędnym do realizacji ustawowych zadań PCPRiOZ w Dzierżoniowie.

Mam świadomość, że podane we wniosku (załącznikach do wniosku) dane osobowe, w tym dane szczególnej kategorii, wymagają mojej zgody.

Jednocześnie oświadczam, iż zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną.

Dzierżoniów, dnia .....

.....  
Podpis Wnioskodawcy

(osoby usamodzielnianej/ opiekuna prawnego/  
rodziny zastępczej/ opiekuna  
usamodzielnienia/ dyrektora placówki)

## KLAUZULA INFORMACYJNA

W związku z realizacją wymogów Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U.UE.L.2016.119.1) – dalej RODO, informujemy o zasadach przetwarzania danych osobowych klientów Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie i Ochrony Zdrowia w Dzierżoniowie a także o przysługujących im z tego tytułu prawach na podstawie przepisów prawa, zawartych umów i udzielonej zgody, **przyjmuję do wiadomości, że:**

1. Administratorem przetwarzającym moje dane osobowe jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie i Ochrony Zdrowia w Dzierżoniowie ul. Piastowska 1, tel. 74 833 98 95, fax. 74 833 98 96 e-mail: [pcpr@pcprdzierzoniow.pl](mailto:pcpr@pcprdzierzoniow.pl)
2. W Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie i Ochrony Zdrowia wyznaczony został Inspektor Ochrony Danych; Dzierżoniów ul. Piastowska 1, tel. 74 833 98 95, e-mail: [inspektordanychosobowych@pcprdzierzoniow.pl](mailto:inspektordanychosobowych@pcprdzierzoniow.pl)
3. Dane osobowe są przetwarzane na podstawie RODO – w związku ze złożeniem **wniosku o przyznanie pomocy w formie pobytu w mieszkaniu treningowym.**
4. Administrator przetwarza dane osobowe w celu/celach:
  - a) wypełniania wszystkich obowiązków prawnych ciążyących na Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie i Ochrony Zdrowia w Dzierżoniowie,
  - b) realizacji umów zawartych ze zleceniobiorcami, kontrahentami,
  - c) w pozostałych przypadkach dane osobowe klientów Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie i Ochrony Zdrowia w Dzierżoniowie przetwarzane są wyłącznie na podstawie wcześniej udzielonej zgody w zakresie i w celu określonym w treści zgody.
5. Podanie danych osobowych klientów Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie i Ochrony Zdrowia w Dzierżoniowie jest obowiązkowe w sytuacji, gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa lub zawarta między stronami umowa.
6. W przypadku, gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO, czyli zgody na przetwarzanie danych osobowych, klientom Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie i Ochrony Zdrowia w Dzierżoniowie przysługuje mi prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem z obowiązującym prawem.
7. Podane przez klientów Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie i Ochrony Zdrowia w Dzierżoniowie dane osobowe są przetwarzane w formie papierowej i elektronicznej (systemy informatyczne Administratora).
8. Odbiorcami danych mogą być inne organy i instytucje na mocy przepisów prawa.
9. Dane osobowe podlegają okresowemu przeglądowi i są przechowywane wyłącznie przez okres niezbędny do realizacji zadań wynikających z przepisów prawa.
10. Przysługuje mi prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo sprzeciwu, zażądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych;  
Z uprawnień tych mogę skorzystać:
  - w odniesieniu do żądania sprostowania danych: gdy zauważę, że dane są nieprawidłowe lub niekompletne;
  - w odniesieniu do żądania usunięcia danych: gdy dane nie będą już niezbędne do celów, dla których zostały zebrane;
  - cofnięcie zgody na przetwarzanie danych; gdy zgłoszony zostanie sprzeciw wobec przetwarzania danych;
  - w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa, gdy dane będą przetwarzane niezgodnie z prawem; lub dane powinny być usunięte,
  - w odniesieniu do żądania ograniczenia przetwarzania danych: gdy zauważę, że dane są nieprawidłowe –mogę żądać ograniczenia przetwarzania danych na okres pozwalający mi sprawdzić prawidłowość tych danych;
11. Przysługuje mi również prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Urząd Ochrony Danych Osobowych (00-193 Warszawa, ul. Stawki 2, tel. 22 531 03 00, fax. 22 531 03 01, jeżeli uznam, że przetwarzanie narusza przepisy RODO.
12. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
13. W przypadku, kiedy będą podlegały automatycznemu przetwarzaniu (profilowaniu), którym mowa w art. 22 ust. 1 i 4 RODO. Zostaną poproszona/y/ o wyrażenie na to zgody.
14. Administrator dokłada wszelkich starań, aby zapewnić wszelkie środki fizycznej, technicznej i organizacyjnej ochrony danych osobowych przed ich przypadkowym czy umyślnym zniszczeniem, przypadkową utratą, zmianą, nieuprawnionym ujawnieniem, wykorzystaniem czy dostępem, zgodnie ze wszystkimi przepisami powszechnie obowiązującymi.

.....  
Imię i nazwisko opiekuna usamodzielnienia

.....  
Adres placówki, w której pracuje opiekun  
lub adres zamieszkania

.....  
Relacja w stosunku do osoby usamodzielnianej  
np. stopień pokrewieństwa/stanowisko służbowe

.....  
Aktualny numer telefonu

## **ZOBOWIĄZANIE**

Po wyrażeniu zgody na pełnienie funkcji opiekuna dla

.....

na okres usamodzielnienia zobowiązuję się do współpracy z:

- osobą usamodzielnianą,
- Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie i Ochrony Zdrowia w Dzierżoniowie,
- opiekunem mieszkań treningowych i pracownikiem socjalnym wyznaczonych przez Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie i Ochrony Zdrowia w Dzierżoniowie.

Dzierżoniów, dnia .....

.....

Czytelny podpis opiekuna  
usamodzielnienia

.....  
Imię i nazwisko osoby usamodzielnianej

.....  
Adres zamieszkania

.....  
Aktualny nr telefonu

### **ZOBOWIĄZANIE**

W czasie pobytu w mieszkaniu treningowym zobowiązuję się do:

- realizacji indywidualnego programu usamodzielnienia,
- przestrzegania „Regulaminu pobytu w mieszkaniu treningowym”,
- przedkładania na żądanie pracowników Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie i Ochrony Zdrowia w Dzierżoniowie niezbędnych dokumentów.

Dzierżonów, dnia .....

.....  
Czytelny podpis osoby usamodzielnianej

**Załącznik nr 4**  
do wniosku o przyznanie pomocy  
w formie pobytu w mieszkaniu  
treningowym

.....  
imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie

.....  
adres zamieszkania

## Oświadczenie

Oświadczam, iż miejscem mojego osiedlenia (z zamiarem stałego pobytu) jest

.....

.....

(adres zamieszkania/ powiat/ gmina)

Dzierżonów, dnia .....

.....

Czytelny podpis osoby składającej oświadczenie