



Ministerstwo Rodziny,  
Pracy i Polityki Społecznej

### ANKIETA

Niniejsza ankieta służy do przeprowadzenia diagnozy potrzeb opiekunów/członków rodziny osób z niepełnosprawnością z terenu Gminy Kołaczyce w zakresie realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego.

**UWAGA!!!** Złożenie ankiety nie jest jednoznaczne z zakwalifikowaniem Pana/Pani do udziału w Programie, a służy jedynie do przygotowania wniosku o środki finansowe w ramach przedmiotowego Programu.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Imię i nazwisko:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Adres zamieszkania:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Telefon kontaktowy:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Jestem zainteresowany/a udziałem w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach pobytu dziennego w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością:<br><input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE                                                                                                                    |
| Jestem zainteresowany/a udziałem w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach pobytu całodobowego w placówce zapewniającej całodobową opiekę, o której mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej <sup>1</sup> (dotyczy wyłącznie osób pełnoletnich):<br><input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE |
| Jestem opiekunem osoby, która posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub równoważne:<br><input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Jestem opiekunem dziecka od ukończenia 2 roku życia do ukończenia 16 roku życia posiadającego orzeczenie o niepełnosprawności:<br><input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE                                                                                                                                                                                                                                                |
| Deklaruję, że osobą świadczącą usługi opieki wytchnieniowej będzie osoba wskazana przeze mnie <sup>2</sup> :<br><input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE                                                                                                                                                                                                                                                                  |

Kołaczyce, dnia .....

.....  
/podpis/

### Klauzula informacyjna

<sup>1</sup> Nie przewiduje się realizacji usług opieki wytchnieniowej w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością

<sup>2</sup> Usługi opieki wytchnieniowej mogą być świadczone przez osoby pełnoletnie, niebędące członkami rodziny osoby z niepełnosprawnością, opiekunami osoby z niepełnosprawnością lub osobami faktycznie zamieszkującymi razem z osobą z niepełnosprawnością. Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny osoby z niepełnosprawnością uznaje się wstępnych oraz zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością.



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:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Kołaczycach**, zwany dalej: „Administratorem”.

Kontakt do Administratora: tel. **13 44605 30**, e-mail: **[gops@gopskolaczyce.pl](mailto:gops@gopskolaczyce.pl)**

**Kontakt do Inspektora Ochrony Danych: [iod@radram.pl](mailto:iod@radram.pl)**

Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych jest przesłanka RODO z art. 6 ust. 1 lit. c RODO w związku z ogłoszeniem otwartego konkursu ofert na realizację zadania publicznego na podstawie art. 13 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i wolontariacie.

W odniesieniu do podmiotów, z którymi zostanie zawarta umowa o świadczenie usług opieki wytechnieniowej w ramach Programu Opieka Wytechnieniowa – edycja 2026, dofinansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego przetwarzanie danych będzie się odbywało w oparciu o art. 6 ust. 1 lit. b RODO oraz art. 6 ust. 1 lit. c w zakresie realizacji obowiązków prawnych ciężących na Administratorze. Uczestnictwo w konkursie jest dobrowolne, aczkolwiek podanie danych konieczne do uczestnictwa.

Podane przez Pana/Panią dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art.6 ust.1lit.b RODO w obszarze działalności pożytku publicznego i wolontariatu. Pana/Pani dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych powyżej, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym z przepisów prawa, w szczególności ustawy z 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych, tj. przez okres 12 lat.

Odbiorcami Pana/Pani danych osobowych mogą być: organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa

Administrator nie przekazuje Pani/Pana danych do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowych.

Osoba, której dotyczą dane osobowe ma prawo do: 1) żądania dostępu do tych danych, w tym do uzyskania kopii tych danych, 2) ich sprostowania (poprawiania), 3) usunięcia (tzw. prawo do bycia zapomnianym) 4) ograniczenia przetwarzania, 5) wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania, 6) wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, jeżeli zachodzą przesłanki do tych uprawnień i nie są ograniczone poprzez inne przepisy prawne.

W oparciu o Pani/Pana dane osobowe Administrator nie będzie podejmował wobec Pani/Pana zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

.....

**Podpis**