

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a.....
(imię, nazwisko)

Zamieszkały/a
(miejscowość, ulica, numer domu i mieszkania)

Oświadczam, że zapoznałem/am się z:

Art. 10 Kodeksu Postępowania Administracyjnego (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1691):

§ 1. Organy administracji publicznej obowiązane są zapewnić stronom czynny udział w każdym stadium postępowania, a przed wydaniem decyzji umożliwić im wypowiedzenie się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań.

§ 2. Organy administracji publicznej mogą odstąpić od zasady określonej w § 1. tylko w przypadkach, gdy załatwienie sprawy nie cierpi zwłoki ze względu na niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia ludzkiego albo ze względu na grożącą niepowetowaną szkodę materialną.

§ 3. Organ administracji publicznej obowiązany jest utrwalić w aktach sprawy, w drodze adnotacji, przyczyny odstąpienia od zasady określonej w § 1.

Art. 41 Kodeksu Postępowania Administracyjnego (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1691):

§ 1. W toku postępowania strony oraz ich przedstawiciele i pełnomocnicy mają obowiązek zawiadomić organ administracji publicznej o każdej zmianie swojego adresu, w tym adresu elektronicznego.

§ 2. W razie zaniedbania obowiązku określonego w § 1. doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.

Art. 109 Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2026 r. poz. 639 z późn. zm.):

Osoby i rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej oraz osoby o których mowa w art. 61 ust.1 pkt 2, są obowiązane niezwłocznie poinformować organ, który przyznał świadczenie lub ustalił odpłatność, o każdej zmianie w ich sytuacji osobistej, dochodowej i majątkowej, która wiąże się z podstawą do przyznania świadczeń lub ponoszenia odpłatności.

Świecie, dnia.....

.....
podpis (imię i nazwisko)

.....
podpis i pieczęć pracownika socjalnego

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a.....
(imię, nazwisko)

Zamieszkały/a
(miejscowość, ulica, numer domu i mieszkania)

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o poniższym:

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1 z późn. zm.) - dalej: „RODO” informuję, że:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych jest Ośrodek Pomocy Społecznej w Świeciu, ul. Gen. Józefa Hallera 11 86-100 Świecie, adres e-mail; sekretariat@opsswiecie.pl, tel: 52 519 05 40.
- 2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: iod@opsswiecie.pl lub pisemnie na adres Administratora.
- 3) Dane osobowe będą przetwarzane w celu przyznania świadczeń z pomocy społecznej lub ustalenia odpłatności na podstawie ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.
- 4) Podstawą przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO, w związku z ustawą z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej.
- 5) Dane będą przechowywane przez okres związany z realizacją świadczeń a następnie zgodnie z przepisami ustawy z 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach i wydanej na jej podstawie instrukcji archiwizacji jednostki.
- 6) Dane będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, lecz nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji w tym w profilowaniu.
- 7) W związku z przetwarzaniem danych osobowych, przysługują Pani/Panu następujące prawa:
 - a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii
 - b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
 - c) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
 - d) prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO);
- 8) Podanie danych osobowych jest obowiązkowe jeżeli rodzina ubiega się o pomoc z Ośrodka Pomocy Społecznej na mocy ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2026 r. poz. 639 z późn. zm.) oraz rozporządzenia Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 8 kwietnia 2021 r. w sprawie rodzinnego wywiadu środowiskowego, wzoru legitymacji pracownika socjalnego, wzoru kwestionariusza wywiadu oraz oświadczenia o stanie majątkowym (Dz. U. poz. 893 z późn. zm.).
- 9) Dane mogą zostać przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie zawartej przez jednostkę umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, w związku z realizacją przysługujących Pani/Panu świadczeń, a także podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.

Niniejsze oświadczenia obowiązuje we wszystkich sprawach dotyczących mnie i mojej rodziny prowadzonych przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Świeciu.

Świecie dnia

.....
podpis imię i nazwisko składającego oświadczenie

.....
podpis i pieczęć pracownika socjalnego

Świecie, dnia

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(nr telefonu)

**Ośrodek Pomocy Społecznej
w Świeciu
ul. Gen. J. Hallera 11
86-100 Świecie**

Wniosek

Zwracam się z prośbą o przyznanie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi w miejscu zamieszkania.

Uzasadnienie wniosku

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Zapoznałam/em się z treścią pouczenia znajdującego się na odwrocie strony

Do wniosku załączam:

1. Zaświadczenie od lekarza specjalisty ze wskazaniem rodzaju i zalecanej liczby godzin usług.
2. Zaświadczenie o korzystaniu ze wsparcia w ramach innych systemów tj. szkoła, przedszkole, przychodnie specjalistyczne (załączyć jeśli dotyczy).
3. Dokumenty potwierdzające dochody za miesiąc poprzedzający złożenie wniosku wszystkich członków rodziny.

.....
(czytelny podpis)

Specjalistyczne usługi opiekuńcze są to usługi dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności, świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym na podstawie aktualnego zaświadczenia lekarskiego o potrzebie rehabilitacji.

POUCZENIE

W trakcie wywiadu środowiskowego należy posiadać dowód osobisty i udostępnić pracownikowi socjalnemu aktualne dokumenty dotyczące wszystkich wspólnie gospodarujących osób zamieszkujących w rodzinie i prowadzących wspólne gospodarstwo:

- zaświadczenie o dochodach za poprzedni miesiąc w wysokości netto (np. decyzja lub zaświadczenie o wysokości renty, emerytury, alimentów, zasiłków i dodatków rodzinnych, zasiłków pielęgnacyjnych, zaliczce alimentacyjnej, dotacji mieszkaniowej, zarobków z zakładu pracy, itp.),
- dokumenty potwierdzające stałe, miesięczne wydatki rodziny (dowód dokonywanych opłat: za czynsz, energię elektryczną, gaz),
- zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia,
- kserokopie wycenionych recept.

Zostałam/em zapoznana/y z art. 64 § 2 Kodeksu postępowania administracyjnego, który brzmi:
Jeśli podanie nie czyni zadość innym wymaganiom ustalonym w przepisach prawa, należy wezwać wnoszącego do usunięcia braków w terminie siedmiu dni z pouczeniem, że nieusunięcie tych braków spowoduje pozostawienie podania bez rozpoznania.

OBOWIĄZEK INFORMACYJNY

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1 z późn. zm.) - dalej: „RODO” informuję, że:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych jest Ośrodek Pomocy Społecznej w Świeciu, ul. Gen. Józefa Hallera 11 86-100 Świecie, adres e-mail; sekretariat@opsswiecie.pl, tel: 52 519 05 40.
- 2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: iod@opsswiecie.pl lub pisemnie na adres Administratora.
- 3) Dane osobowe będą przetwarzane w celu przyznania świadczeń z pomocy społecznej lub ustalenia odpłatności na podstawie ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.
- 4) Podstawą przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO, w związku z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.
- 5) Dane będą przechowywane przez okres związany z realizacją świadczeń a następnie zgodnie z przepisami ustawy z 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach i wydanej na jej podstawie instrukcji archiwizacji jednostki.
- 6) Dane będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, lecz nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji w tym w profilowaniu.
- 7) W związku z przetwarzaniem danych osobowych, przysługują Pani/Panu następujące prawa:
 - a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii
 - b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
 - c) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
 - d) prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO);
- 8) Podanie danych osobowych jest obowiązkowe jeżeli rodzina ubiega się o pomoc z Ośrodka Pomocy Społecznej na mocy ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1214 z późn. zm.) oraz rozporządzenia Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 8 kwietnia 2021 r. w sprawie rodzinnego wywiadu środowiskowego (Dz. U. poz. 893 z późn. zm.).
- 9) Dane mogą zostać przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie zawartej przez jednostkę umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, w związku z realizacją przysługujących Pani/Panu świadczeń, a także podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.

.....
(pieczęć zakładu pracy)

.....
(miejscowość i data)

ZAŚWIADCZENIE O WYNAGRODZENIU

Zaświadcza się, że Pan/i.....

PESEL

Zamieszkały(a)

Jest zatrudniony (a)

(nazwa i adres zakładu pracy)

Na podstawie na czas nieokreślony/określony*
(podać rodzaj umowy)

do
(podać okres zatrudnienia)

Wynagrodzenie za – (mm-rrrr)

Data wypłaty powyższego wynagrodzenia (dd-mm-rrrr)

- | | | |
|----|---|-------|
| 1. | Przychód | |
| 2. | Składka emeryt.-rentowa finansowana przez
ubezpieczonego | |
| 3. | Składka na ubezpieczenie zdrowotne | |
| 4. | Składka na ubezpieczenie chorobowe | |
| 5. | Koszty uzyskania przychodu | |
| 6. | Podatek | |
| 7. | Zajęcia komornicze
w tym obciążenia alimentacyjne | |
| 8. | Jednorazowe pieniężne świadczenia socjalne | |

Zaświadczenie wydaje się w celu przedłożenia we właściwym Ośrodku Pomocy Społecznej.

.....
Pieczęć i podpis pracodawcy

*Niepotrzebne skreślić

.....
Pieczętka instytucji

.....
miejscowość, data

Zaświadczenie

Imię i nazwisko osoby, na rzecz której wydaje się zaświadczenie:

.....

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna:

.....

Formy pomocy jakimi osoba jest objęta:

Rodzaj wsparcia	Formy pomocy	
	Liczba godzin	
	Zajęcia grupowe	Zajęcia indywidualne
	W miesiącu	W miesiącu
Pedagog		
Psycholog		
Terapia behawioralna		
Terapia integracji sensorycznej		
Logopeda		
Neurologopeda		
Fizjoterapia		
Inne:		

Czy istnieje możliwość uzyskania wsparcia w powyższym zakresie w Państwa Instytucji ?

☐ Tak

☐ Nie

Jeśli osoba nie korzysta z form pomocy w Państwa Instytucji, proszę wskazać czy zapisała się na listę oczekujących lub próbuje uzyskać formę pomocy z Państwa zasobów:

☐ Tak

☐ Nie

.....
Pieczętka i podpis

.....
Pieczęć zakładu

....., dnia.....
miejscowość

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię

PESEL

Zamieszkały(a)

.....
Dziecko jest pacjentem tutejszej poradni od:

Ze względu na stan zdrowia dziecka oraz sytuację rodzinną konieczne jest zapewnienie dziecku specjalistycznych usług opiekuńczych w wymiarze* godzin miesięcznie, w ramach których prowadzone byłoby uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia oraz usprawnienie zaburzonych funkcji organizmu (zgodnie z § 2 pkt 1 lit. a, oraz § 2 pkt 3 lit. b Rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dn. 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych – Dz. U. z 2005 r., Nr 189, poz. 1598 z późn. zm.).

Rozpoznanie**

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Rozpoznanie wpisuje się w art. 3 pkt 1 lit. a,b,c, ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19.08.1994 r. z późniejszymi zmianami.

1)

osobie z zaburzeniami psychicznymi, odnosi się to do osoby:

a)

chorej psychicznie (wykazującej zaburzenia psychiatryczne),

b)

upośledzonej umysłowo,

c)

wykazującej inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym;

☐ TAK

☐ NIE

Dodatkowe uwagi: Zaświadczenie ważne

Zaświadczenie wydaje się w celu przedłożenia w Ośrodku Pomocy Społecznej.

*Suma wszystkich godzin łącznie

**W zaświadczeniu nie należy zamieszczać rozpoznania choroby, jeżeli z uwagi na cel wydania zaświadczenia nie jest to konieczne, bądź też zamieszczenie rozpoznania choroby stanowiłoby naruszenie tajemnicy zawodowej.

Proponowane rodzaje terapii:

..... / liczba godz. miesięcznie,

..... / liczba godz. miesięcznie,

..... / liczba godz. miesięcznie,

..... / liczba godz. miesięcznie,

..... / liczba godz. miesięcznie,

..... / liczba godz. miesięcznie,

..... / liczba godz. miesięcznie.

.....
Pieczęć i podpis lekarza

.....
(Pieczęć szkoły/przedszkola)

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE

Dyrektor.....

W zaświadczam, że
(imię i nazwisko)

PESEL uczęszcza do naszej placówki oraz posiada / nie posiada*

Indywidualny Program Rewalidacyjny - Wychowawczy na bieżący rok szkolny.

W roku szkolnym /..... otrzymuje / nie otrzymuje* wsparcie na terenie placówki, w postaci zajęć dostosowanych dla osób z zaburzeniami psychicznymi, które są przez nas realizowane w ramach przepisów dotyczących systemu oświaty.

Rodzaj wsparcia	Formy wsparcia jakimi dziecko jest objęte	
	Liczba godzin	
	Zajęcia grupowe	Zajęcia indywidualne
	w miesiącu	w miesiącu
Terapeuta		
Fizjoterapeuta		
Logopeda		
Terapeuta integracji sensorycznej		
Psycholog		
Pedagog		
Neurologopeda		
Inny specjalista (jaki?):		

Czy dziecko ma możliwość skorzystania ze wsparcia innych specjalistów, zapewnionego przez szkołę/przedszkole, a rodzic/opiekun zrezygnował z proponowanej formy pomocy?

☐ TAK

☐ NIE

Jeśli tak, proszę o wskazanie form wsparcia z jakich dziecko może dodatkowo skorzystać:

Rodzaj wsparcia	Formy wsparcia jakimi dziecko jest objęte	
	Liczba godzin	
	Zajęcia grupowe	Zajęcia indywidualne
	w miesiącu	w miesiącu

Inne uwagi szkoły/przedszkola w zakresie organizacji dla dziecka przez OPS dostępu do zajęć rewalidacyjno – wychowawczych oraz rehabilitacji

.....
.....
.....

.....
(Data i podpis osoby wystawiającej zaświadczenie)

*Niepotrzebne skreślić