

**WNIOSEK**  
**O USTALENIE PRAWA DO ŚWIADCZENIA PIENIĘŻNEGO**  
**„BON OPIEKUŃCZY: ALZHEIMER 75”**

*Proszę wypełnić czytelnie, drukowanymi literami.*

**Część I - dane osobowe**

**1. Dane Opiekuna (osoby ubiegającej się o ustalenie prawa do świadczenia pieniężnego):**

Imię/ imiona:		Nazwisko:	
Numer PESEL <sup>*)</sup>		Data urodzenia:	
Obywatelstwo:			
Stopień pokrewieństwa z Seniorem:			
<b>Miejsce zamieszkania</b>			Nr telefonu:
Miejscowość:		Kod pocztowy:	
Ulica:	Nr domu:	Nr mieszkania:	
<b>Nr rachunku bankowego Opiekuna:</b>			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**2. Dane Seniora (osoby chorej na chorobę Alzheimera, która ukończyła 75 lat):**

Imię / imiona:		Nazwisko:	
Numer PESEL <sup>*)</sup>		Data urodzenia:	
Obywatelstwo:			
<b>Miejsce zamieszkania (jeżeli jest inne niż Opiekuna)</b>			
Miejscowość:		Kod pocztowy:	
Ulica:	Nr domu:	Nr mieszkania:	

<sup>\*)</sup> w przypadku osób, którym nie nadano numeru PESEL wpisać serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (np.: numer paszportu)

## Część II - Oświadczenia służące ustaleniu uprawnień do świadczenia pieniężnego

1. Oświadczam, że dane osobowe w części I wniosku, dotyczące Opiekuna oraz Seniora są zgodne z prawdą.

.....  
(data i czytelny podpis Opiekuna)

2. Oświadczam, że Senior nie przebywa w placówce (instytucji) zapewniającej opiekę całodobową, zarówno publicznej, jak i niepublicznej.

.....  
(data i czytelny podpis Opiekuna)

3. Oświadczam, że Senior, tj. Pan/Pani ..... mieszka na terenie Gminy Miasto Szczecin.

.....  
(data i czytelny podpis Opiekuna)

4. Oświadczam, że mieszkam na terenie Gminy Miasto Szczecin.

.....  
(data i czytelny podpis Opiekuna)

5. Oświadczam, że udzielam wsparcia i opieki Seniorowi, tj. Panu/Pani.....

.....

.....  
(data i czytelny podpis Opiekuna)

6. Oświadczenie o stopniu pokrewieństwa Opiekuna z Seniorem:

Ja, .....  
(imię i nazwisko Opiekuna)

zamieszkała(y) ..... ,  
(dokładny adres zamieszkania Opiekuna)

w związku z ubieganiem się o ustanowienie prawa do świadczenia pieniężnego „Bon opiekuńczy: Alzheimer 75” oświadczam, że:

Pani/ Pan .....  
(imię i nazwisko Seniora)

zamieszkała(y) ..... ,  
(dokładny adres zamieszkania Seniora)

jest moim .....  
(podać stopień pokrewieństwa z Seniorem nad którym sprawowana jest opieka)

.....  
(data i czytelny podpis Opiekuna)

7. Oświadczenie o wyrażeniu zgody na udział w badaniach ankietowych:

W związku z ubieganiem się o świadczenie pieniężne „Bon opiekuńczy: Alzheimer 75” wyrażam zgodę na udział w badaniach mających na celu zdiagnozowanie sytuacji opiekuńczej osób starszych chorych na chorobę Alzheimera.

.....  
(data i czytelny podpis Opiekuna)

Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Szczecińskiego Centrum Świadczeń o zmianie sytuacji, która mogłaby mieć wpływ na spełnienie warunków uprawniających do przyznania i wypłaty świadczenia pieniężnego „Bon opiekuńczy: Alzheimer 75”.

.....  
(data i czytelny podpis Opiekuna)

**Załączniki**

Do wniosku należy załączyć następujące dokumenty :

- 1) dokument od lekarza psychiatry, neurologa lub geriatry, że Senior jest pod opieką poradni zdrowia psychicznego lub/i neurologicznej lub/i psychiatrycznego zespołu leczenia środowiskowego, zawierające informację dotyczącą rozpoznania choroby Alzheimera, z określeniem jednostki chorobowej;
- 2) dowód ustanowienia opieki nad Seniorem, jeśli w tym zakresie zostało wydane orzeczenie sądu;
- 3) wypełniony kwestionariusz ankiety;
- 4) oświadczenie o wyrażeniu / niewyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych w celu informowania o różnych formach wsparcia i prowadzonych diagnozach potrzeb realizowanych na terenie Gminy Miasto Szczecin, skierowanych do osób chorych na chorobę Alzheimera oraz ich Opiekunów.

### Część III - Klauzula Informacyjna dotycząca ochrony danych osobowych / RODO

Zgodnie z art. 13, art. 14, art. 15 rozporządzenia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) - Dz.U.UE.L.2016.119.1 ze zm., zwanego dalej RODO, Administrator informuje o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych:

**Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:**

Gmina Miasto Szczecin - Szczecińskie Centrum Świadczeń,  
ul. Kadłubka 12, 71-521 Szczecin,  
tel. (91) 44-27-100, fax: (91) 44-27-101; e-mail: sekretariat@scs-szczecin.pl;  
www.swiadczenia.szczecin.pl , www.bip.swiadczenia.szczecin.pl

1. **Dane kontaktowe Inspektora ochrony danych w Szczecińskim Centrum Świadczeń:**  
Szczecińskie Centrum Świadczeń; ul. Kadłubka 12, 71-521 Szczecin,  
tel. (91) 44-27-139, fax: (91) 44-27-101; e-mail: sekretariat@scs-szczecin.pl
2. **Cel przetwarzania danych osobowych:**  
Realizacja zadań statutowych przez Szczecińskie Centrum Świadczeń
3. **Podstawa prawna przetwarzania danych osobowych:**  
art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO
4. **Informacje o odbiorcach danych osobowych lub o kategoriach odbiorców:**  
Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być:  
a) podmioty uprawnione na podstawie odpowiednich przepisów prawa,  
b) podmioty, z którymi zostały zawarte umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych.
5. **Okres, przez który dane osobowe będą przechowywane lub kryteria ustalania tego okresu:**  
Dane osobowe będą przechowywane przez okres zgodny z terminami określonymi w Jednolitym Rzeczowym Wykazie Akt, obowiązującym w Szczecińskim Centrum Świadczeń, co najmniej 5 lat od roku następnego, po roku w którym dana sprawa była prowadzona.
6. **Obowiązek podania danych:**  
Szczecińskie Centrum Świadczeń przetwarza dane osobowe, co do których istnieje obowiązek prawny ich podania w zakresie zwykłych i szczególnych kategorii danych osobowych.
7. **Konsekwencje niepodania danych osobowych administratorowi:**  
Odmowa udostępnienia danych osobowych w związku z realizacją zadań statutowych (w tym świadczenia pieniężnego Bon opiekuńczy: Alzheimer 75) przez Szczecińskie Centrum Świadczeń – może spowodować pozostawienie sprawy / wniosku bez rozpatrzenia.
8. **Źródło pochodzenia danych osobowych:**  
Dane osobowe pozyskiwane są od interesantów, osób trzecich oraz innych instytucji (organów) publicznych na potrzeby realizacji zadań statutowych (prowadzonych spraw).
9. **Pozostałe postanowienia:**  
Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.  
Dane osobowe mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.
10. **Pouczenie:**
  1. Osoba, której dane dotyczą ma prawo:
    - a) dostępu do danych osobowych – art. 15 RODO,
    - b) sprostowania danych – art. 16 RODO,
    - c) do usunięcia danych – art. 17 RODO,
    - d) do ograniczenia przetwarzania – art. 18 RODO,
    - e) do przenoszenia danych – art. 20 RODO
    - f) do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania – art. 21 RODO,
    - g) wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy osoba uzna, iż przetwarzanie jej danych osobowych narusza przepisy RODO.
  2. Do kwestii nieuregulowanych w niniejszej klauzuli mają zastosowanie przepisy RODO.

***Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z zapisami uchwały określającymi zasady przyznawania świadczenia pieniężnego „Bon opiekuńczy: Alzheimer 75” oraz powyższą klauzulą informacją dotyczącą ochrony danych osobowych / RODO.***

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(czytelny podpis Opiekuna)