

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.

## 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

.....  
(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<br>ubezpieczonego | ..... |
| 3. | Składka na ubezpieczenie zdrowotne                          | ..... |
| 4. | Składka na ubezpieczenie chorobowe                          | ..... |
| 5. | Koszty uzyskania przychodu                                  | ..... |
| 6. | Podatek                                                     | ..... |
| 7. | Zajęcia komornicze<br>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

.....  
miejsowość, 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).....  
jest pacjentem tutejszej poradni od: .....  
Ze względu na stan zdrowia oraz sytuację rodzinną konieczne jest zapewnienie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi 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\*\*

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

Stwierdzone u osoby zaburzenia odpowiadają definicji osoby z zaburzeniami psychicznymi, o której mowa w art. 3 pkt 1 lit. a - c ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, z późniejszymi zmianami, tj.: 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 .....

**Proponowane rodzaje terapii:**

..... / ..... liczba godz. miesięcznie,  
..... / ..... liczba godz. miesięcznie,  
..... / ..... liczba godz. miesięcznie,  
..... / ..... liczba godz. miesięcznie,  
..... / ..... liczba godz. miesięcznie,  
..... / ..... liczba godz. miesięcznie,  
..... / ..... liczba godz. miesięcznie.

**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.

.....  
**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 Rewalidacyjno - 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