

Data wpływu

Załącznik Nr 1 do Regulaminu organizacyjnego
Wiodącego Ośrodka Koordynacyjno-Rehabilitacyjno-Opiekuńczego (WOKRO)
przy Powiatowym Centrum Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej w Elku
w ramach rządowego programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem”
wprowadzonego Zarządzeniem Dyrektora z dnia 15.09.2023 r.

**WIODĄCY OŚRODEK KOORDYNACYJNO-REHABILITACYJNO-OPIEKUŃCZY
przy Powiatowym Centrum Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej**

19-300 Elk, ul. Michała Kajki 8
tel./fax 87 610 27 47; 87 610 27 57
e-mail: pcpp.pelk@gmail.com



**Wniosek o objęcie dziecka opieką
Wiodącego Ośrodka Koordynacyjno-Rehabilitacyjno-Opiekuńczego (WOKRO)
w ramach rządowego programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem”**



I. Dane dziecka

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia PESEL

Adres zamieszkania

II. Dane rodziców / opiekunów prawnych dziecka

Imiona i nazwiska rodziców / opiekunów prawnych

.....
(imię i nazwisko matki/opiekuna prawnego) (imię i nazwisko ojca/opiekuna prawnego)

Adres zamieszkania rodziców / opiekunów prawnych

.....

Numer telefonu Adres e-mail

III. Dane uzupełniające do wniosku

Nazwa placówki, do której uczęszcza dziecko

Adres placówki

Klasa / Grupa wiekowa

Czy dziecko objęte jest wczesnym wspomaganie rozwoju / innymi formami terapii? TAK / NIE*

Do wniosku załączam:

1. Wstępna ocena /analiza potrzeb rodziny objętej Programem „Za Życiem”
2. Opinię o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka / orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego / orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych lub dokumentację medyczną wskazującą na potrzebę objęcia działaniami w/w Ośrodka
3. Inne dokumenty związane z dotychczasowym przebiegiem diagnozowania, leczenia i terapii dziecka, które rodzic / opiekun prawny posiada.

* właściwe podkreślić

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:

- poinformowano mnie, że Program „Za życiem” finansowany jest ze środków Ministerstwa Edukacji Narodowej na mocy porozumienia z Powiatem Ełckim
- placówką realizującą zadania Programu „Za życiem” jest Powiatowe Centrum Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej w Ełku wyznaczone na terenie miasta Ełk do pełnienia funkcji Wiodącego Ośrodka Koordynacyjno-Rehabilitacyjno-Opiekuńczego
- zapoznałem/am się z Regulaminem organizacyjnym dot. udziału w programie rządowym „Za życiem” PRIORYTET II PROGRAMU: „Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka i jego rodziny” zadanie 2.4 i zobowiązuję się do przestrzegania jego zapisów (dostępny na stronie internetowej www.ppp.elk.edu.pl).

.....
(data)

.....
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)

Klauzula informacyjna zgodna z RODO
--

Informujemy, że:

1. Administratorem danych wskazanych w zgodzie na przetwarzanie danych osobowych wyrażonej powyżej jest Powiatowe Centrum Pomocy Psychologiczno – Pedagogicznej z siedzibą przy ul. Kajki 8 w Ełku.
2. Kontakt do Administratora: telefon: +48 610 27 47, + 48 610 27 57, e-mail: pcpp.pelk@gmail.com, osobiście lub pisemnie na adres siedziby administratora.
3. Celem zbierania danych jest działalność określona w Regulaminie udziału w programie rządowym „Za życiem” PRIORYTET II PROGRAMU: „Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka i jego rodziny” zadanie 2.4.
4. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo sprzeciwu, zażądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych, jak również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie.
5. Podanie danych jest dobrowolne, lecz niezbędne do objęcia dziecka opieką Wiodącego Ośrodka Koordynacyjno-Rehabilitacyjno-Opiekuńczego przy Powiatowym Centrum Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej w Ełku w ramach rządowego programu „Za życiem”. W przypadku niepodania danych realizacja działań wynikających ze złożonego wniosku nie będzie możliwa.
6. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały udostępnieniu podmiotom trzecim. Odbiorcami danych będą tylko instytucje upoważnione z mocy prawa.
7. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały profilowaniu.
8. Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
9. Dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat, licząc od początku roku następującego po roku, w którym została wyrażona zgoda na przetwarzanie danych osobowych.
10. Każdemu którego dane są przetwarzane przysługuje prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych w państwie członkowskim Pani / Pana zwykłego pobytu, miejsca pracy lub miejsca popełnienia domniemanego naruszenia.
Biuro Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO), ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

.....
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)



Wstępna ocena /analiza potrzeb rodziny objętej

Programem

„Za Życiem” w tutejszym ośrodku WOKRO

priorytet 2.4 Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka i jego rodziny.

1. Imię nazwisko dziecka/data urodzenia.....
2. Imię nazwisko mamy/taty.....
3. Rodzeństwo imię/wiek.....
4. Trudności dziecka ubiegającego się o wsparcie powyższym programem.....
.....
.....
.....
.....
5. Czy dziecko ma trudności w przedszkolu/ jeśli tak jakie.....
.....
.....
.....
.....
6. Jakim wsparciem/terapią są państwo zainteresowani – proszę podkreślić/zaznaczyć.
Ostateczna decyzję podejmuje zespół WOKRO po zapoznaniu się z dokumentacją dziecka.
 - Neurologopedia
 - Terapia pedagogiczna
 - Integracja sensoryczna
 - Fizjoterapia
 - Terapia psychologiczna
 - Czy są państwo zainteresowani zajęciami dla rodziców **TAK/NIE**

7. Biorąc pod uwagę możliwości psychofizyczne Państwa dziecka jakie są realne oczekiwania wobec procesu usprawniania w trakcie realizacji Programu „Za Życiem” w tutejszym Ośrodku.....

8. Czy preferują Państwo spotkanie konsultacyjne na terenie Ośrodka – proszę podkreślić/ zaznaczyć **TAK/NIE**
9. Czy są Państwo zainteresowani spotkaniem na terenie Państwa domu w celu konsultacji/porady, wsparcia w trudnościach dnia codziennego/pomocy w doborze sprzętu /zaopatrzenia/– proszę podkreślić/zaznaczyć **TAK/NIE**
10. Czy są Państwo zainteresowani obserwacją dziecka na terenie placówki/ przedszkola/żłobka do której uczęszcza dziecko - proszę podkreślić /zaznaczyć **TAK/NIE**
11. Czy są Państwo objęci wsparciem/terapią na terenie innej placówki – jeśli tak to jakiej i z jakich form wsparcia Państwo korzystają.....

12. Czy dziecko jest objęte stałą specjalistyczną opieką lekarską/ jeśli tak jaką

13. Czy potrzebujecie Państwo wsparcia w zakresie informacji dotyczącej lekarzy specjalistów -proszę podkreślić / zaznaczyć **TAK/ NIE** jeśli tak to jakich ? .

14. Czy korzystali państwo z usług w tutejszym ośrodku WOKRO – proszę podkreślić/ zaznaczyć **TAK/NIE**, jeśli tak to w którym roku kalendarzowym.....

*Dziękujemy za wypełnienie ankiety
 Z Poważaniem zespół WOKRO*