Załącznik nr 7 do Programu

Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

„Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego − edycja 2025

**Karta zgłoszenia do Programu** **„Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**

1. **Dane osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej (członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością):**

Imię i nazwisko: ………………………………………………………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania: ……………………………………..………………………………………………………………………………………..

Telefon: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

E-mail: ………………………………………………….……………………………………………………………………………………………….

Data urodzenia: ………………………………………….…………………………………………………………………………………………

1. **Dane dotyczące osoby z niepełnosprawnością, w związku z opieką nad którą, członek rodziny/opiekun ubiega się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej**:

Imię i nazwisko: …………………………………………..………………………………………………………………………………………

Data urodzenia: ………………………………………….………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania: ……………………………………..……………………………………………………………………………………

Rodzaj niepełnosprawności:

1. dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowo – rdzeniowa);
2. dysfunkcja narządu wzroku;
3. zaburzenia psychiczne;
4. dysfunkcje o podłożu neurologicznym;
5. dysfunkcja narządu mowy i słuchu;
6. pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne.

W jakich czynnościach w szczególności wymagane jest wsparcie:

1. czynności samoobsługowe, w tym utrzymanie higieny osobistej **Tak/Nie**;
2. prowadzenie gospodarstwa domowego i wypełnianie ról w rodzinie **Tak/Nie**;
3. przemieszczanie się poza miejscem zamieszkania **Tak/Nie**;
4. podejmowanie aktywności życiowej i komunikowanie się z otoczeniem **Tak/Nie**.

Informacje na temat ograniczeń osoby z niepełnosprawnością w zakresie komunikowania się lub poruszania się (wypełnia opiekun prawny/członek rodziny/opiekun osoby niepełnosprawnej, który ubiega się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej):

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**II. Preferowana forma, wymiar i miejsce świadczenia usług opieki wytchnieniowej:**

~~dzienna, miejsce wraz z adresem~~

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...\*

całodobowa, miejsce wraz z adresem

~~za uprzednią zgodą gminy/powiatu, inne~~ miejsce wskazane przez ~~uczestnika Programu lub~~ realizatora Programu, spełniające kryteria dostępności, o których mowa w ustawie z dnia z 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2022 r. poz. 2240) tj. **……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**. \*

~~w godzinach~~ …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…….…..

w dniach …………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**III. Wskazanie osoby, która będzie świadczyła usług opieki wytchnieniowej**

Czy wskazuje Pan(i) osobę niebędącą członkiem rodziny osoby z niepełnosprawnością, opiekunem osoby z niepełnosprawnością lub osobą faktycznie zamieszkującą razem z osobą z niepełnosprawnością, która będzie świadczyła, za uprzednią zgodą gminy/powiatu, w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością albo innym miejscu wskazanym przez Pana(ią) lub realizatora Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, usług opieki wytchnieniowej?

**Tak  / Nie**

Jeżeli **Tak**, proszę podać imię i nazwisko tej osoby oraz numer telefonu: ………………………………………………………………………………………….…………..……………………………………………………………..

**IV. Oświadczenia:**

1. Oświadczam, że osoba z niepełnosprawnością w związku z opieką nad którą, ubiegam się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej posiada ważne orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności/orzeczenie traktowane na równi do orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2024 r. poz. 44, z późn. zm.)/ jest dzieckiem od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności\*\*.
2. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług opieki wytchnieniowej oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowania przez gminę/powiat, która/który realizuje Program „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, świadczonych usług opieki wytchnieniowej. Czynności o których mowa wyżej dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług.
3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.
4. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.
5. Oświadczam, że w godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego nie będą świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1283, z późn. zm.), inne usługi finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie do usług opieki wytchnieniowej finansowane ze środków publicznych.
6. Oświadczam, że aktualnie uczestniczę/nie uczestniczę\*\*\* bądź uczestniczyłem/ nie uczestniczyłem\*\*\* w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 lub innym programie resortowym Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w 2025 r. w zakresie usług opieki wytchnieniowej, w tym w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025. W ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 i/lub innego programu resortowego Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w 2025 r. w zakresie usług opieki wytchnieniowej, w tym w Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025 przyznano mi ……......................... *(wpisać liczbę godzin/dni)* godzin/dni opieki wytchnieniowej.
7. W przypadku wskazania w dziale III niniejszej Karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 osoby, która będzie świadczyła usług opieki wytchnieniowej oświadczam, że osoba ta przygotowana jest do świadczenia usług opieki wytchniniowej.

Miejscowość ………………………………., data ……………………………

..……………………………………………………………………………………..

*Podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością*

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług opieki wytchnieniowej.

………………………………………………………..

*Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie*

\* Należy wpisać miejsce wymienione w treści Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025:

1. świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego:
2. ośrodek wsparcia,
3. dom pomocy społecznej świadczący usługi wsparcia krótkoterminowego w formie dziennej,
4. dom pomocy społecznej prowadzony przez podmioty niepubliczne, o których mowa w art. 57 ust. 1 pkt 2-4 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. 2024, poz. 1283 z późn. zm.),
5. w przypadku braku możliwości realizacji opieki wytchnieniowej w miejscach, o których mowa w lit. a-c, istnieje możliwość zrealizowania opieki wytchnieniowej w centrum opiekuńczo-mieszkalnym (COM), na zasadach określonych w poszczególnych edycjach Programu Centra Opiekuńczo-Mieszkalne,
6. za uprzednią zgodą gminy/powiatu, miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
7. za uprzednią zgodą gminy/powiatu, inne miejsce wskazane przez uczestnika Programu lub realizatora Programu, spełniające kryteria dostępności, o których mowa w ustawie z dnia z 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2022 r. poz. 2240 z późn. zm.);
8. świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu całodobowego:
9. mieszkanie treningowe lub wspomagane (wyłącznie osoby pełnoletnie),
10. ośrodek wsparcia,
11. rodzinny domu pomocy,
12. dom pomocy społecznej świadczący usługi wsparcia krótkoterminowego w formie pobytu całodobowego,
13. dom pomocy społecznej prowadzony przez podmioty niepubliczne, o których mowa w art. 57 ust. 1 pkt 2-4 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,
14. placówka zapewniająca całodobową opiekę, o której mowa w ustawie z dnia z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,
15. w przypadku braku możliwości realizacji opieki wytchnieniowej w miejscach, o których mowa w lit. a-f, istnieje możliwość zrealizowania opieki wytchnieniowej w centrum opiekuńczo-mieszkalnym (COM), w przypadku posiadania wolnych miejsc,
16. za uprzednią zgodą gminy/powiatu, miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
17. za uprzednią zgodą gminy/powiatu, inne miejsce wskazane przez uczestnika Programu lub realizatora Programu, spełniające kryteria dostępności, o których mowa w ustawie z dnia z 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2022 r. poz. 2240).

\*\* **do Karty zgłoszenia** **należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności/o niepełnosprawności.**

\*\*\* odpowiednie skreślić.

**Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 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 (RODO), informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Mielcu ul. Żeromskiego 34, 39-300 Mielec, adres e-mail: pcpr@powiat-mielecki.pl tel. 17 78 00 470;

2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych Osobowych, z którym można skontaktować się e-mail: iodo@powiat-mielecki.pl, bezpośrednio: Inspektor Ochrony Danych Osobowych z siedzibą w Starostwie Powiatowym w Mielcu ul. Wyspiańskiego 6, 39-300 Mielec, pokój nr 335, tel. 17 78 00 487 – w każdej sprawie dotyczącej przetwarzania danych osobowych;

3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji Programu Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.

4. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji celu przetwarzania wskazanego w pkt 3, w tym przechowywane do momentu wygaśnięcia obowiązku archiwizacji danych wynikających z Rzeczowego Wykazu Akt Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Mielcu.

5. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa lub zawartych umów i statutowych zadań. W związku z przetwarzaniem danych osobowych w celach, o których mowa w pkt 3 odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być: Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Wojewoda Podkarpacki i instytucja realizująca zadanie.

6. Podanie danych osobowych jest dobrowolne w celu realizacji programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025. Niepodanie danych osobowych będzie skutkować brakiem możliwości wzięcia udziału, w realizacji programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.

7. Dane osobowe osób z niepełnosprawnością, w związku z opieką nad którymi członek rodziny/opiekun ubiega się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej w ramach Programu dane tych osób otrzymuje się od osoby ubiegającej się o przyznanie tej usługi. Są to dane określone w Karcie Zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025w zakresie danych identyfikacyjnych, adresowych, stanu zdrowia.

8. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przysługują Pani/Panu następujące uprawnienia:

a) prawo dostępu do danych osobowych, w tym prawo do uzyskania kopii tych danych;

b) prawo do żądania sprostowania (poprawiania) danych osobowych – w przypadku gdy dane są nieprawidłowe lub niekompletne;

c) prawo do żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych oraz ich usunięcia po ustaniu okresu przechowywania, w myśl obowiązujących przepisów,

9. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przysługują Pani/Panu prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych, jednak pozytywne rozpatrzenie Pani/Pana sprzeciwu wobec przetwarzania danych musi być zgodne z przepisami prawa, na podstawie których odbywa się przetwarzanie.

10. Przysługuje Pani/Panu prawo do przenoszenia swoich danych, jednak pozytywne rozpatrzenie prawa do przeniesienia Pani/Pana danych musi być zgodne z przepisami prawa, na podstawie których odbywa się przetwarzanie

11. W przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Mielcu Pani/Pana danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego w sprawach ochrony danych osobowych tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w Warszawie ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

12. Pani/Pana dane mogą nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

13. Pani/Pana dane nie będą przekazane odbiorcom w państwach znajdujących się poza Unią Europejską i Europejskim Obszarem Gospodarczym lub do organizacji międzynarodowej.

14. Do kwestii nieuregulowanych w niniejszej klauzuli mają zastosowanie przepisy 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 w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.

**OŚWIADCZENIE**

**O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w celu realizacji programu pn.: „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.

Miejscowość …………………………, data ……………………

………………………………………………………

*(Podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością)*