



Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

I. Dane osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wychnieniowej (członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością):

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Telefon:

E-mail:

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

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 oponowa – 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):

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

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

dzienna, miejsce wraz z adresem

.....

całodobowa, miejsce wraz z adresem

.....

w godzinach

w dniach

IV. Wskazanie osoby, która będzie świadczyła usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego

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 2024, usług opieki wytchnieniowej?

TAK / NIE

Jeżeli Tak, proszę podać imię i nazwisko tej osoby:

.....



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej



V. 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 2023 r. poz. 100, z późn. zm.)/ jest dzieckiem 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 monitorowanie przez gminę/powiat, która/który realizuje Program „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, 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 2024.
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 2024.
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 2023 r. poz. 901, 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 2024 lub innym programie resortowym Ministra Rodziny i Polityki Społecznej w 2024 r. w zakresie usług opieki wytchnieniowej, w tym w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024. W ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 i/lub innego programu resortowego Ministra Rodziny i Polityki Społecznej w 2024 r. w zakresie usług opieki wytchnieniowej, w tym w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024 przyznano mi (wpisać liczbę godzin/dni) godzin/dni opieki wytchnieniowej.





7. W przypadku wskazania w dziale IV niniejszej Karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 osoby, która będzie świadczyła usługi opieki wytchnieniowej oświadczam, że osoba ta przygotowana jest do świadczenia usług opieki wytchnieniowej.

Miejscowość, data

.....
Podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług opieki wytchnieniowej

.....
Podpis osoby przyjmującej zgłoszenia

* Należy wpisać miejsce wymienione w treści Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024:

- 1) świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego:
 - a) za uprzednią zgodą gminy/powiatu, miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
 - b) ośrodek wsparcia,
 - c) dom pomocy społecznej świadczący usługi wsparcia krótkoterminowego w formie dziennej,
 - d) 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. 2023, poz. 901 z późn. zm.),
 - e) w przypadku braku możliwości realizacji opieki wytchnieniowej w miejscach, o których mowa w lit. b-d, istnieje możliwość zrealizowania opieki wytchnieniowej w centrum opiekuńczo-mieszkalnym (COM), w przypadku posiadania wolnych miejsc,
 - f) za uprzednią zgodą gminy/powiatu, inne miejsce wskazane przez uczestnika Programu lub realizatora Programu, spełniające kryteria dostępności, o których mowa w ustawie z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2022 r. poz. 2240);
- 2) świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu całodobowego:
 - a) za uprzednią zgodą gminy/powiatu, miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
 - b) mieszkanie treningowe lub wspomagane (z wyłączeniem dzieci do ukończenia 16. roku życia posiadających orzeczenie o niepełnosprawności),
 - c) ośrodek wsparcia,
 - d) rodzinny dom pomocy,
 - e) dom pomocy społecznej świadczący usługi wsparcia krótkoterminowego w formie pobytu całodobowego,



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej



- f) 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,
 - g) placówka zapewniająca całodobową opiekę, o której mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,
 - h) w przypadku braku możliwości realizacji opieki wytchnieniowej w miejscach, o których mowa w lit. b-g, istnieje możliwość zrealizowania opieki wytchnieniowej w centrum opiekuńczo-mieszkalnym (COM), w przypadku posiadania wolnych miejsc,
 - i) 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.





Załącznik nr 2 do Regulaminu naboru i uczestnictwa
w Programie Ministra Rodziny i Polityki Społecznej
„Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu
Terytorialnego - edycja 2024

Klauzula informacyjna RODO w ramach Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 Ministra Rodziny i Polityki Społecznej.

Zgodnie z art. 14 ust. 1 i 2 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. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.), zwanego dalej „RODO”, Minister Rodziny i Polityki Społecznej informuje, że:

Tożsamość administratora i dane kontaktowe

Administratorem Pani/Pana danych osobowych (dalej Administrator) jest Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie we Włocławku z siedzibą we Włocławku przy ul. Ogniowej 8/10, nr telefonu 54 423-23-00, adres e-mail: sekretariat@mopr.wloclawek.pl., w imieniu którego działa Dyrektor Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie we Włocławku.

Dane kontaktowe inspektora ochrony danych osobowych

Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych Osobowych (IOD), z którym można się skontaktować pod adresem Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie we Włocławku, ul. Ogniowa 8/10, 87-800 Włocławek, mailowo: iod@mopr.wloclawek.pl Z inspektorem ochrony danych można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.

Kategorie danych osobowych

Przetwarzanie danych osobowych obejmuje następujące kategorie Pani/Pana danych:

W przypadku osoby świadczącej usługi opieki wytchnieniowej określonej w przyjętym przez Ministra Programie „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024: imię i nazwisko, miejsce pracy, stanowisko, adres e-mail, numer telefonu.

W przypadku uczestnika Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024: imię i nazwisko oraz dane określone w Karcie zgłoszenia do Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia kontroli, postępowania w trybie nadzoru lub sprawozdawczości.

Cele przetwarzania i podstawa prawna przetwarzania

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w zakresie niezbędnym do wykonania przez Ministra zada związanych ze sprawozdawczością, nadzorem oraz z czynnościami kontrolnymi dotyczącymi realizacji Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO gdyż, przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, art. 6 ust. 1 lit. e RODO gdyż, przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO gdyż, przetwarzanie jest niezbędne ze względów związanych z ważnym interesem publicznym, na podstawie prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego, które są proporcjonalne do wyznaczonego celu, nie naruszają istoty prawa do ochrony danych i przewidują odpowiednie i konkretne środki ochrony praw podstawowych i interesów osoby, której dane dotyczą, w tym do wypełnienia obowiązków w zakresie zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej wynikających z Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej

„Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, przyjętego na podstawie art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2023 r. poz. 647 z późn. zm.).



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej



Odbiorcy danych lub kategorie odbiorców danych

Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora w zakresie realizowanych przez niego obowiązków oraz w związku z wykonywaniem czynności związanych z realizacją Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, a także innym podmiotom lub organom upoważnionym do pozyskania Pani/Pana danych na podstawie przepisów prawa (np. podmiotom kontrolującym Ministra). Administrator nie będzie przekazywał Pani/Pana danych osobowych do państwa trzeciego lub do organizacji międzynarodowej.

Okres przechowywania danych

Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą do czasu wygaśnięcia obowiązku przechowywania tych danych wynikających z realizacji Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, a następnie do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów dotyczących archiwizacji dokumentacji.

Prawa podmiotów danych

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych, prawo do żądania ich sprostowania, do ograniczania przetwarzania tych danych oraz prawo do żądania ich usunięcia po upływie okresu, o którym mowa powyżej. Realizacja powyższych praw musi być zgodna z przepisami prawa, na podstawie których odbywa się przetwarzanie danych osobowych, a także m.in. z zasadami wynikającymi z Kodeksu postępowania administracyjnego i zasadami archiwizacji.

Zautomatyzowane podejmowanie decyzji w tym profilowanie

W trakcie przetwarzania Pani/Pana danych osobowych nie będzie dochodzić do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani do profilowania.

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO) ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, tel.: 22 531 03 00.

Źródło pochodzenia danych

Pani/Pana dane zostały przekazane przez jednostkę samorządu terytorialnego lub podmiot uprawniony do prowadzenia działalności pożytku publicznego, która/który przekazał/a nam je w związku z Pani/Pana udziałem w Programie „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.

Informacja o dobrowolności lub obowiązku podania danych:

Podanie danych osobowych jest konieczne dla celów związanych z wykonywaniem zadań Ministra w ramach Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis uczestnika /członka rodziny





Załącznik nr 3 do Regulaminu naboru i uczestnictwa w resortowym Programie Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

Dobrowolnie deklaruję swój udział w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego– edycja 2024, oraz oświadczam, że

1. Zostałem/am poinformowany/a, że uczestniczę w Programie finansowanym ze środków Funduszu Solidarnościowego:
2. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Programem „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.
3. Oświadczam, że: korzystam nie korzystam, ze wsparcia świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu w innej Instytucji.
4. Oświadczam, że: korzystam nie korzystam, z innych form usług, w szczególności usług opiekuńczych bądź specjalistycznych usług opiekuńczych o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 901, 1693, 1938, 2760), usług finansowanych w ramach Funduszu Solidarnościowego, Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usług obejmujących analogiczne wsparcie do usług opieki wytchnieniowej finansowane ze środków publicznych, w tym z Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych.
5. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że udział w formach wsparcia określonych w Regulaminie naboru i uczestnictwa w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 jest bezpłatny.
6. Oświadczam, że: zamieszkuję nie zamieszkuję, we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą niepełnosprawną, z opieką, nad którą ubiegam się o przyznanie usług opieki wytchnieniowej oraz posiadam nie posiadam orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.
7. Oświadczam, że: jestem nie jestem osobą zatrudnioną, uczącą się lub studiującą.
8. Oświadczam, że osoba z niepełnosprawnością: korzysta nie korzysta z ośrodka wsparcia lub placówek pobytu całodobowego, środowiskowego domu samopomocy, z dziennego domu pomocy, z warsztatu terapii zajęciowej.
9. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o prawach i obowiązkach wynikających z przyznania usług opieki wytchnieniowej.

Jednocześnie zobowiązuję się do :

1. Wypełniania dokumentów związanych z realizacją Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2023.
2. Niezwłocznego informowania o wszelkich zmianach okoliczności faktycznych mogących mieć wpływ na realizację Programu.
3. Przestrzegania zasad Regulaminu Programu.





Przyjmuję do wiadomości, że:

Dane osobowe są przetwarzane wyłącznie w celu realizacji obowiązków związanych z realizacją Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, w szczególności do potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, kontroli i sprawozdawczości. Podanie danych osobowych osoby, której dane dotyczą i członka rodziny, w tym szczególnych kategorii danych jest dobrowolne, lecz niezbędne do uczestnictwa w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego– edycja 2024. Odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Programu.

Włocławek, dnia.....

.....
podpis opiekuna/członka rodziny osoby z niepełnosprawnością

