

**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:

2) 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:

- I.** dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowa – rdzeniowa) ☐;
- II.** dysfunkcja narządu wzroku ☐;
- III.** zaburzenia psychiczne ☐;
- IV.** dysfunkcje o podłożu neurologicznym ☐;
- V.** dysfunkcja narządu mowy i słuchu ☐;
- VI.** 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 *
- ☐ 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 wychowawcza” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, usług opieki wychowawczej?

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 wychowawczej 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 wychowawczej oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowanie przez gminę/powiat, która/który realizuje Program „Opieka wychowawcza” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, świadczonych usług opieki wychowawczej. 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 wychowawcza” 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 wychowawcza” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.
5. Oświadczam, że w godzinach realizacji usług opieki wychowawczej 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 wychowawczej finansowane ze środków publicznych.
6. Oświadczam, że aktualnie uczestniczę/nie uczestniczę*** bądź uczestniczyłem/ nie uczestniczyłem*** w Programie „Opieka wychowawcza” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 lub innym programie resortowym Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w 2025 r. w zakresie usług opieki wychowawczej, w tym w Programie „Opieka wychowawcza” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025. W ramach Programu „Opieka wychowawcza” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 i/lub innego programu resortowego Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w 2025 r. w zakresie usług opieki wychowawczej, w tym w Programu „Opieka wychowawcza” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025 przyznano mi
(wpisać liczbę godzin/dni) godzin/dni opieki wychowawczej.
7. W przypadku wskazania w dziale III niniejszej Karty zgłoszenia do Programu „Opieka wychowawcza” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 osoby, która będzie świadczyła usługi opieki wychowawczej oświadczam, że osoba ta przygotowana jest do świadczenia usług opieki wychowawczej.

Miejscowość, data

.....

Podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług opieki wytnieniowej.

.....
Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie

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

1. świadczenia usług opieki wytnieniowej w ramach pobytu dziennego:
 - 1) ośrodek wsparcia,
 - 2) dom pomocy społecznej świadczący usługi wsparcia krótkoterminowego w formie dziennej,
 - 3) 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.),
 - 4) w przypadku braku możliwości realizacji opieki wytnieniowej w miejscach, o których mowa w lit. a-c, istnieje możliwość zrealizowania opieki wytnieniowej w centrum opiekuńczo-mieszkalnym (COM), na zasadach określonych w poszczególnych edycjach Programu Centra Opiekuńczo-Mieszkalne,
 - 5) za uprzednią zgodą gminy/powiatu, miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
 - 6) 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 z późn. zm.);
2. świadczenia usług opieki wytnieniowej w ramach pobytu całodobowego:
 - a) mieszkanie treningowe lub wspomagane (wyłącznie osoby pełnoletnie),
 - b) ośrodek wsparcia,
 - c) rodzinny dom pomocy,
 - d) dom pomocy społecznej świadczący usługi wsparcia krótkoterminowego w formie pobytu całodobowego,
 - e) 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,
 - f) placówka zapewniająca całodobową opiekę, o której mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,
 - g) w przypadku braku możliwości realizacji opieki wytnieniowej w miejscach, o których mowa w lit. a-f, istnieje możliwość zrealizowania opieki wytnieniowej w centrum opiekuńczo-mieszkalnym (COM), w przypadku posiadania wolnych miejsc,
 - h) za uprzednią zgodą gminy/powiatu, miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
 - 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 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 – Program „Opieka wytnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025	
Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 roku (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję:	
Administrator danych osobowych	Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Gostyniu z siedzibą przy ul. Wrocławskiej 250, 63-800 Gostyń, tel. 65 300 22 40, e-mail: mgops@gostyn.pl
Inspektor danych osobowych	Z inspektorem ochrony danych może Pani/Pan kontaktować się pod adresem: Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej, ul. Wrocławska 250, 63-800 Gostyń, e-mail: iod@mgopsgostyn.pl
Cele przetwarzania danych osobowych	Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu: - przeprowadzenia rekrutacji do programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, - w przypadku zakwalifikowania do Programu – realizacji świadczeń objętych Programem, - rozliczenia Programu, - archiwizacji dokumentów po zakończeniu realizacji Programu.
Podstawy prawne przetwarzania danych osobowych	Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO, art. 6 ust. 1 lit. e RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO w związku z wypełnieniem obowiązków w zakresie zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej wynikających z Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 przyjętego na podstawie z art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym oraz ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.
Odbiorcy danych osobowych lub kategorie odbiorców	Pani/Pana dane osobowe będą przekazane wyłącznie podmiotom, które są uprawnione do ich otrzymania przepisami prawa. Ponadto mogą być one udostępniane Ministrowi Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej lub Wojewodzie Wielopolskiemu do celów sprawozdawczych, kontrolnych oraz nadzorczych.
Informacje o zamiarze przekazania danych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej	Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Gostyniu nie przekaze Pani/Pana danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
Okres przechowywania danych osobowych lub kryteria ustalenia tego okresu	Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów, w jakich zostały zebrane, a następnie archiwizowane przez okres wskazany w Rzeczkowym wykazie akt Miejsko – Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Gostyniu – 10 lat.
Prawa osób, których dane dotyczą	Posiada Pani/Pan prawo do: 1. dostępu do swoich danych osobowych, 2. sprostowania swoich danych osobowych, 3. usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych, 4. przenoszenia danych osobowych do innego administratora, 5. prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania swoich danych osobowych, 6. wycofania zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem (danych przetwarzanych na podstawie art. 6 ust.1 lit. a RODO, art. 9 ust. 2 lit. a RODO), z zastrzeżeniem, że niektóre z tych praw mogą podlegać ograniczeniu ze względu na podstawę prawną przetwarzania danych osobowych.
Informacja o prawie wniesienia skargi do organu nadzorczego	Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
Obowiązek podania danych osobowych	Podanie danych osobowych jest niezbędne do celów związanych z wykonywaniem zadań w ramach programu „Opieka wytnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025. Niepodanie danych osobowych uniemożliwi udział w programie.
Profilowanie danych osobowych	Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.