Załącznik nr 7 do Programu

Ministra Rodziny i Polityki Społecznej

„Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego − edycja 2024

WZÓR

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**III. Wskazanie osoby, która będzie świadczyła usług 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: ………………………………………………………………………………………….…………..………

**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 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 monitorowania 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 Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024 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 2024 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 niepełnosprawności*

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 2024:

1. świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego:
2. za uprzednią zgodą gminy/powiatu, miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
3. ośrodek wsparcia,
4. dom pomocy społecznej świadczący usługi wsparcia krótkoterminowego w formie dziennej,
5. 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.),
6. 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,
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);
8. świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu całodobowego:
9. za uprzednią zgodą gminy/powiatu, miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
10. mieszkanie treningowe lub wspomagane (z wyłączeniem dzieci do ukończenia 16. roku życia posiadających orzeczenie o niepełnosprawności),
11. ośrodek wsparcia,
12. rodzinny domu pomocy,
13. dom pomocy społecznej świadczący usługi wsparcia krótkoterminowego w formie pobytu całodobowego,
14. 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,
15. w placówka zapewniająca całodobową opiekę, o której mowa w ustawie z dnia z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,
16. 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,
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 DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH –**

**OPIEKA WYTCHNIENIOWA DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO - EDYCJA 2024**

W związku z realizacją wymogów 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 – RODO) w szczególności art. 13 ust. 1 i 2 wymienionego rozporządzenia oraz w poszanowaniu Pani/Pana prawa do prywatności prosimy o zapoznanie się z poniższą informacją dotyczącą zasad przetwarzania przez nas Pani/Pana danych osobowych, a także o przysługujących Pani/Panu prawach z tym związanych:

**TOŻSAMOŚĆ ADMINISTRATORA**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Hrubieszowie ul. Bolesława Prusa 8, 22-500 Hrubieszów

**INSPEKTOR OCHRONY DANYCH (IOD)**

Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym może się Pani/Pan skontaktować pisząc na adres siedziby Administratora lub poprzez email wysyłając wiadomość na adres: iod@gops-hrubieszow.pl

**CEL I PODSTAWA PRZETWARZANIA**

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w zakresie niezbędnym do wykonania zadań związanych z realizacją 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). Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie pozostawienie karty zgłoszenia do programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 bez rozpatrzenia.

**ODBIORCY DANYCH OSOBOWYCH**

Pani/Pana dane osobowe będą przekazywane i udostępniane wyłącznie podmiotom uprawnionym do ich uzyskania na podstawie obowiązujących przepisów prawa oraz podmiotom, które zawarły z Administratorem Danych umowy na powierzenie przetwarzania danych m. in. podmioty prowadzące rachunki płatnicze, banki, firmy świadczące usługi w zakresie oprogramowania.

**PRZEKAZYWANIE DANYCH OSOBOWYCH DO PAŃSTW TRZECICH**

Administrator nie przekazuje Pani/Pana danych osobowych do państwa trzeciego, czyli państw leżących poza Europejskim Obszarem Gospodarczym.

**OKRES PRZECHOWYWANIA DANYCH OSOBOWYCH**

1. W przypadku przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w celu i zakresie niezbędnym do wypełnienia określonego obowiązku prawnego wynikającego   
   z przepisów prawa nie będą one przechowywane dłużej, niż jest to konieczne dla celu, dla którego zostały zebrane i w czasie określonym przepisami prawa. W szczególności w okresie wynikającym z Jednolitego Rzeczowego Wykazu Akt i/lub Instrukcji Kancelaryjnej, gdzie określone zostały szczegółowe zasady przechowywania i archiwizacji dokumentów.
2. W przypadku, gdy przetwarzanie danych osobowych wynika z zawartej umowy będą one przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji umowy   
   z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach odrębnych w tym przepisów archiwalnych.
3. Jeżeli dane zostały zebrane na podstawie zgody będą one przetwarzane do czasu wycofania przez Panią/Pana zgody, jednakże z zachowaniem terminów pozwalających na dochodzenie lub obronę przed roszczeniami i/lub wymogami prawa określonymi w przepisach odrębnych.

**PRAWA OSOBY, KTÓREJ DANE DOTYCZĄ**

1. W przypadku, gdy przetwarzanie odbywa się na podstawie określonego obowiązku prawnego wynikającego z przepisów prawa a należącym do zadań naszej instytucji przysługuje Pani/Panu prawo: dostępu do treści swoich danych oraz możliwości ich poprawiania, sprostowania, ograniczenia przetwarzania, a także - w przypadkach przewidzianych prawem - prawo do usunięcia danych i prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Państwa danych. Przetwarzamy dane osobowe, co do których istnieje obowiązek prawny ich podania. Jednakże niepodanie danych w zakresie wymaganym przez administratora może skutkować niemożliwością załatwienia sprawy.
2. W przypadku, gdy przetwarzanie odbywa się na podstawie zawartej umowy ma Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz możliwości ich poprawiania, sprostowania, ograniczenia przetwarzania oraz do przenoszenia swoich danych, a także - w przypadkach przewidzianych prawem - prawo do usunięcia danych i prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Państwa danych. Podanie danych osobowych jest warunkiem zawarcia umowy. Osoba, której dane dotyczą jest zobowiązana do ich podania. Konsekwencją niepodania danych osobowych jest brak możliwości zawarcia i realizacji umowy.
3. W przypadku, gdy przetwarzanie odbywa się na podstawie wyrażonej przez Panią/Pana zgody przysługuje Pani/Panu prawo żądania dostępu do danych osobowych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych, a także cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, przy czym konsekwencją niepodania danych osobowych jest niemożliwość realizacji celu, dla którego dane były przetwarzane.

Wymienione powyżej prawa mogą być ograniczone w sytuacjach, kiedy nasza instytucja jest zobowiązana prawnie do przetwarzania danych osobowych w celu realizacji obowiązku ustawowego lub wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym.

Niezależnie od celu przetwarzania Pani/Pana danych osobowych przez naszą instytucję przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego   
w przypadku, gdy przetwarzanie danych odbywa się z naruszeniem przepisów obowiązującego prawa. Skargę może Pani/Pan wnieść do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

**ŹRÓDŁA POCHODZENIA DANYCH OSOBOWYCH**

1. W przypadku przetwarzania danych osobowych w celu i zakresie niezbędnym do wypełnienia określonego obowiązku prawnego wynikającego z przepisów prawa dane osobowe pozyskiwane są od wnioskodawców, osób trzecich i innych instytucji publicznych na potrzeby prowadzonej sprawy wyłącznie w zakresie wynikającym z przepisów prawa.
2. W przypadku przetwarzania danych osobowych niezbędnych do wykonania umowy, w której stroną lub przedmiotem umowy jest osoba, której dane są przetwarzane źródło tych danych wynika bezpośrednio z umowy.
3. W przypadku przetwarzania danych osobowych na podstawie wyrażonej przez Pani/Pana zgody źródłem danych osobowych jest Pani/Pana osoba.

**OBOWIĄZEK PODANIA DANYCH OSOBOWYCH**

Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i niezbędnym do przyznania pomocy.

**PRZETWARZANIE W SPOSÓB ZAUTOMATYZOWANY I PROFILOWANIE**

Pani/Pana dane mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany co nie wpływa na podjęcie decyzji w stosunku do Pani/Pana w sposób zautomatyzowany. Dane przetwarzane w ten sposób mogą być profilowane.

…………………………………………………….

(data i podpis wnioskodawcy/opiekuna prawnego