****

Załącznik Nr 1

 do Zarządzenia nr 6/2024 z dn.
5 lutego 2024r. Dyrektora MCW w Szczecinku

**REGULAMIN REALIZACJI PROGRAMU „OPIEKA WYTCHNIENIOWA” DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO – EDYCJA 2024 W MIEJSKIM CENTRUM WSPARCIA W SZCZECINKU**

**Postanowienia ogólne**

**§ 1**

1. Regulamin określa sposób przyznawania i wykonywania usługi opieki wytchnieniowej przez Miejskie Centrum Wsparcia w Szczecinku, realizowanej w ramach Programu Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej Opieka wytchnieniowa dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024 finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego, zwanego dalej Funduszem.
2. Zakres podmiotowy i przedmiotowy usługi opieki wytchnieniowej określony jest w Programie „Opieka wytchnieniowa dla Jednostek Samorządu Terytorialnego” - edycja 2024.
3. Użyte w Regulaminie niżej wymienione określenia oznaczają:
4. MCW — Miejskie Centrum Wsparcia w Szczecinku,
5. Program — Program Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa dla Jednostek Samorządu Terytorialnego” - edycja 2024,
6. uczestnik Programu - odbiorca usług opieki wytchnieniowej określony w Programie,
7. opiekun - osoba realizująca usługi opieki wytchnieniowej,
8. koordynator — pracownik Działu Usług w miejscu zamieszkania wyznaczony przez Dyrektora MCW do obsługi Programu.

**Adresaci Programu**

**§ 2**

1. Program adresowany jest do członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad dziećmi do ukończenia 16. roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności i osobami posiadającymi orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniem niepełnosprawności, którzy wymagają usług opieki wytchnieniowej
2. Usługi opieki wytchnieniowej przysługują w przypadku zamieszkiwania członka rodziny lub opiekuna, o których mowa w ust. 1, we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą niepełnosprawną i sprawują całodobową opiekę nad osobą niepełnosprawną.

**Cele i założenia Programu**

**§ 3**

1. Głównym celem Programu jest wsparcie członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad:

1) dziećmi z orzeczeniem o niepełnosprawności;

2) osobami posiadającymi :

1. orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub
2. orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności (zgodnie z art. 5 i art. 62 ww. ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych)

- poprzez możliwość uzyskania doraźnej, czasowej pomocy w formie usługi opieki wytchnieniowej.

1. Usługi opieki wytchnieniowej mają za zadanie odciążenie członków rodzin lub opiekunów osób niepełnosprawnych poprzez wsparcie ich w codziennych obowiązkach lub zapewnienie czasowego zastępstwa. Dzięki temu wsparciu osoby zaangażowane na co dzień w sprawowanie opieki dysponować będą czasem, który będą mogły przeznaczyć na odpoczynek i regenerację, jak również załatwienie niezbędnych spraw. Usługi opieki wytchnieniowej mogą służyć również okresowemu zabezpieczeniu potrzeb osoby niepełnosprawnej w sytuacji, gdy opiekunowie z różnych powodów nie będą mogli wykonywać swoich obowiązków związanych z opieką nad nimi.

**Zakres usług opieki wytchnieniowej**

**§ 4**

1. Program jest realizowany w formie :
2. świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością – po uprzedniej akceptacji Realizatora,
3. świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu całodobowego
w ośrodku/placówce wpisanej do rejestru właściwego wojewody zapewniającej całodobową opiekę osobom z niepełnosprawnością.

**Realizacja usług opieki wytchnieniowej**

**§ 5**

1. Usługi opieki wytchnieniowej mogą być świadczone przez osoby, które:
2. posiadają dyplom potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie: asystent osoby niepełnosprawnej, pielęgniarka lub innym, zapewniającym realizację usługi opieki wytchnieniowej w zakresie adekwatnym do indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej lub
3. osoby posiadające, co najmniej 6-miesięczne udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy/opieki osobom z niepełnosprawnością, w tym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnych w formie wolontariatu itp.
4. zostaną wskazane przez uczestnika Programu w Karcie zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.
5. w przypadku gdy usługa będzie świadczona na rzecz dzieci niepełnosprawnych do 16 roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie z ww. wskazaniami, wymagane jest także:

zaświadczenie o niekaralności; pisemna informacja o niefigurowaniu w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym oraz pisemna akceptacja osoby świadczącej usługę przez rodziców bądź opiekunów prawnych dziecka.

2. Nie jest dopuszczalnym wskazanie na opiekuna świadczącego usługę opieki wytchnieniowej:

1. członków rodziny (na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uznać należy wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem Programu).
2. opiekunów prawnych osoby niepełnosprawnej,
3. osoby faktycznie zamieszkującej z osobą niepełnosprawną.

**§ 6**

1. Limit godzin usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków Funduszu przypadających na jedną osobę niepełnosprawną w danym roku kalendarzowym wynosi nie więcej niż:
	1. 240 godzin dla usług opieki wytchnieniowej świadczonej w ramach pobytu dziennego; oraz
	2. 14 dni dla usług opieki wytchnieniowej świadczonej w ramach pobytu całodobowego.
2. Maksymalna długość świadczenia formy nieprzerwanego pobytu dziennego wynosi 12 godzin dla jednej osoby niepełnosprawnej. Usługi w formie pobytu dziennego mogą być świadczone
w godzinach 6.00-22.00, z uwzględnieniem możliwości organizacyjnych MCW. Pobyt w formie całodobowej odbywa się po zatwierdzeniu przez MCW wykonawcy wybranego do realizacji usługi.
3. W godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej nie mogę być świadczone inne formy pomocy usługowej, w tym: usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2021 r. poz. 2268, z późn. zm.), usługi finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego lub z innych źródeł.

**§ 7**

1. Realizując usługi opieki wytchnieniowej opiekun kieruje się poniższymi zasadami:
2. akceptacji – opartej na zasadach tolerancji, poszanowania godności swobody wyboru wartości celów życiowych,
3. indywidualizacji – podmiotowego podejścia do osoby z niepełnosprawnością,
4. poufności, respektowania prywatności i nieujawniania informacji uzyskanych od uczestnika, bez jego wiedzy i zgody osobom trzecim (z wyłączeniem wyjątków wynikających
z przepisów obowiązującego prawa),
5. prawa do samostanowienia – prawo klienta do wolności i odpowiedzialności za swoje życie

(z wyłączeniem sytuacji zagrożenia zdrowia i życia),

1. neutralności - zachowanie bezstronne i niewyrażające ocen; usługi opieki wytchnieniowej realizowane są niezależnie od poglądów i postaw przyjmowanych przez opiekunów oraz odbiorców usług, wykonaniu usługi zawsze przyświeca jej cel, niezależnie od przekonań politycznych, religijnych, ideologicznych itp.,
2. dobra rodziny i poszczególnych jej członków – uwzględnienie podczas realizacji usług korzyści poszczególnych członków środowiska rodzinnego Klienta,
3. Usługi opieki wytchnieniowej w ramach Programu realizowane będą do 15 grudnia 2024 r.
4. Udział w Programie jest bezpłatny.
5. Ilość godzin usługi ustalana jest indywidualnie, zgodnie z potrzebami uczestnika Programu oraz możliwościami organizacyjnymi MCW.

**Zgłoszenia do Programu**

**§ 8**

1. W celu zgłoszenia osoby niepełnosprawnej do Programu należy wypełnić *Kartę zgłoszenia do Programu Opieka wytchnieniowa - edycja 2023*, której wzór stanowi Załącznik Nr 7 do Programu.
2. Dokumentem niezbędnym do zakwalifikowania się do usługi jest aktualne orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie równoważne lub w przypadku dzieci w wieku do 16 roku życia orzeczenie o niepełnosprawności oraz:
3. oświadczenie o zapoznaniu z niniejszym Regulaminem realizacji programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 oraz Programem „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 r. (Załącznik Nr 1 do Regulaminu),
4. klauzulę informacyjną MCW (Załącznik Nr 2 do Regulaminu),
5. zgodę na przetwarzanie danych osobowych (Załącznik Nr 3 do Regulaminu),
6. klauzula informacyjna Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego edycja 2024 - Załącznik Nr 12 do Programu;
7. Zgłoszenia przyjmowane w dni robocze, w godz. od 800 do 1500 w terminie **do 01.03.2024 r.**
8. O zakwalifikowaniu do Programu decyduje:
9. kolejność zgłoszeń;
10. W pierwszej kolejności uwzględnia się potrzeby członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, która na stałe przebywa w domu i nie korzysta np. z ośrodka wsparcia, z placówek pobytu całodobowego, ze środowiskowego domu samopomocy, z dziennego domu pomocy, z warsztatów terapii zajęciowej lub niezatrudnionych, uczących się i studiujących
11. Wszystkie osoby spełniające warunki przystąpienia do Programu, które nie zostały zakwalifikowane do Programu znajdą się na liście rezerwowej.
12. Uczestnik Programu oraz opiekun jest zapoznawany z Programem " Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024 i Regulaminem realizacji usługi opieki wytchnieniowej - edycja 2024 r. w Miejskim Centrum Wsparcia w Szczecinku w trakcie zgłoszenia chęci uczestnictwa w programie, nie później jednak niż w dniu realizacji pierwszej usługi. Fakt ten uczestnik Programu potwierdza własnoręcznym podpisem pod oświadczeniem stanowiącym Załącznik nr 1 do Regulaminu.

**Sposób realizacji usługi opieki wytchnieniowej**

**§ 9**

1. Usługi opieki wytchnieniowej realizowane są w terminie, czasie i zakresie ustalonym pomiędzy opiekunem i uczestnikiem Programu na podstawie potrzeb określonych w *Karcie zgłoszenia* do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 (Załącznik Nr 7 do Programu).
2. W uzasadnionych sytuacjach możliwa jest zmiana czasu i zakresu realizacji usług, jednak wymaga to poinformowania stron biorących udział w Programie co najmniej 2 dni przed terminem realizacji usługi.
3. Rozliczenie opiekuna realizującego usługi opieki wytchnieniowej dokonuje się na podstawie prawidłowo wypełnionej Karty realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 załącznik Nr 8 do Programu – potwierdzonej.
4. W przypadku konieczności czasowego zawieszenia realizacji usług w wyniku sytuacji losowych lub zdrowotnych odbiorcy usług (np. nagłego pobytu w szpitalu, poważnego kryzysu kondycji psychofizycznej, wypadku itp.) odbiorca jest zobowiązany poinformować o tym koordynatora niezwłocznie przed planowanym rozpoczęciem usługi.
5. Rezygnacja z Programu może nastąpić w trakcie jego trwania. Uczestnik rezygnujący
z uczestnictwa w Programie jest zobowiązany do złożenia pisemnej rezygnacji.
6. W sytuacjach bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia zarówno opiekun jak
i uczestnik Programu zobowiązani są w miarę możliwości do niezwłocznego powiadomienia odpowiednich służb i koordynatora Programu.

**Pozostałe zasady realizacji usługi opieki wytchnieniowej**

**§ 10**

1. W celu zapewnienia wysokiej jakości, wykonywane usługi opieki wytchnieniowej podlegają kontroli i są monitorowane przez koordynatora Programu. Monitoring realizowany jest przez koordynatora Programu bezpośrednio w miejscu realizacji usługi, telefonicznie lub w inny uzgodniony i dogodny dla uczestnika Programu sposób.
2. Korzystanie z usług opieki wytchnieniowej oznacza zobowiązanie przez uczestnika Programu na udzielanie informacji służących kontroli i monitorowaniu jakości usług.
3. Uczestnik Programu ma prawo zgłaszać swoje uwagi, dotyczące zakresu i jakości usługi do koordynatora Programu.

**§11**

W sprawach nieuregulowanych w niniejszym Regulaminem zastosowanie mają zapisy Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego — edycja 2024 - załącznik Nr 4.

Wykaz załączników do Regulaminu

1. Załącznik nr 1 do Regulaminu - Oświadczenie stron o zapoznaniu się z Programem „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego — edycja 2024r. i Regulaminem realizacji programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego — edycja 2024 przez MCW w Szczecinku;
2. Załącznik nr 2 do Regulaminu - Klauzula informacyjna MCW;
3. Załącznik nr 3 do Regulaminu - Zgoda na przetwarzanie danych osobowych;
4. Załącznik nr 4 do Regulaminu - Program „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 r. (do pobrania)
5. Załącznik nr 7 do Programu – „Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa”  dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024
6. Załącznik nr 8 do Programu - Karta realizacji usług opieki wytchnieniowej
w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024
7. Załącznik nr 12 do Programu - Klauzula informacyjna RODO w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024;

*Załącznik Nr 1 do Regulaminu*

*realizacji usługi opieki wytchnieniowej*

*w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla JST — edycja 2024*

*przez Miejskie Centrum Wsparcia w Szczecinku*

Szczecinek, dnia…………………….

**OŚWIADCZENIE**

Ja ………………………………………. niżej podpisany/a oświadczam, że zgłaszając się do uczestnictwa w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024r. zapoznałem się z treścią Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 oraz Regulaminem realizacji usługi opieki wytchnieniowej – edycja 2024, przez Miejskie Centrum Wsparcia w Szczecinku.

…………………………………………………

*Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego*

*Załącznik Nr 2 do Regulaminu*

*realizacji usługi opieki wytchnieniowej*

*w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla JST — edycja 2024*

*przez Miejskie Centrum Wsparcia w Szczecinku*

**Klauzula Informacyjna**

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

**w zakresie przetwarzania danych**

**(korzystający z usług)**

Zgodnie z art. 13 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 przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/W – ogólne rozporządzenie o ochronie danych, informujemy, iż:

1. Administratorem Danych Osobowych jest: Miejskie Centrum Wsparcia ul. Połczyńska 2A , 78-400 Szczecinek a administrujący danymi – Dyrektor Miejskiego Centrum Wsparcia w Szczecinku. Możesz się z nim kontaktować w następujący sposób: listownie na adres siedziby: 78-400 Szczecinek, ul. Połczyńska 2 A, e-mailowo: sekretariat@mcw.szczecinek.pl, telefonicznie: 94 37 453 24.
2. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony danych Osobowych: Wszelkie pytania i zgłoszenia wynikające z realizacji praw i wolności wymagają formy pisemnej w postaci wersji papierowej złożonej w sekretariacie Miejskiego centrum Wsparcia w Szczecinku przy ul. Połczyńskiej 2 A lub w formie elektronicznej na adres: mcw.rodo@gmail.com.
3. Podstawę przetwarzania danych osobowych: Twoje dane osobowe przetwarzane będą zgodnie art. 6 ust. 1 lit c, art. 9 ust. 2 lit. b i c RODO, w celu realizacji usług.
4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu/celach:
5. wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na MCW w Szczecinku;
6. realizacji umów zawartych z kontrahentami MCW w Szczecinku;
7. w pozostałych przypadkach Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są wyłącznie na podstawie wcześniej udzielonej zgody w zakresie i celu określonym w treści zgody.
8. W związku z przetwarzaniem danych w celach o których mowa w pkt 4 odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być:
9. organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa;
10. inne podmioty, które na podstawie stosownych umów podpisanych z MCW w Szczecinku Pani/Pana dane osobowe będą kontynuowały przetwarzanie dla ochrony praw lub roszczeń – zwłaszcza w związku z prawnie uzasadnionym interesem administratora;
11. podmioty przetwarzające dane osobowe w związku z wykonywaniem czynności związanych z realizacją Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.
12. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przysługują Pani/Panu następujące uprawnienia:
13. prawo dostępu do danych osobowych, w tym prawo do uzyskania kopii tych danych;
14. prawo do żądania sprostowania (poprawiania) danych osobowych – w przypadku, gdy dane są nieprawidłowe lub niekompletne;
15. prawo do żądania usunięcia danych osobowych (tzw. prawo do bycia zapomnianym);
16. prawo do żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
17. prawo do przenoszenia danych;
18. prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych.
19. W przypadku gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby na przetwarzanie danych osobowych (art. 6 ust. 1 lit a RODO), przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie to nie ma wpływu na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, z obowiązującym prawem.
20. Przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych do organu nadzorczego (tj. Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa). Organ ten będzie właściwy do rozpatrzenia skargi z tym, że prawo wniesienia skargi dotyczy wyłącznie zgodności z prawem przetwarzania danych osobowych.
21. W sytuacji, gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą, podanie przez Panią/Pana danych osobowych Administratorowi ma charakter dobrowolny.
22. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obowiązkowe w sytuacji, gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa lub zawarta między stronami umowa.
23. Pani/Pana dane mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.
24. Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

Zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej Administrator

 ………………………………………….. Dyrektor Miejskiego Centrum Wsparcia

( data i czytelny podpis korzystającego z usług) Małgorzata Jabłońska

*Załącznik Nr 3 do Regulaminu*

*realizacji usługi opieki wytchnieniowej*

*w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla JST — edycja 2024*

*przez Miejskie Centrum Wsparcia w Szczecinku*

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

Działając w imieniu własnym wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w dokumentach, pn. Karta zgłoszenia, Karta realizacji usługi oraz orzeczeniu o niepełnosprawności zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady ( UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) oraz z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych ( Dz. U. z 2018 r., poz. 1000 z późn. zm.) **przez Miejskie Centrum Wsparcia z siedzibą w Szczecinku 78- 400, ul. Połczyńska 2 A** i przyjmuję do wiadomości, że celem przetwarzania ww. danych jest realizacja Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2024.

Oświadczam również, że podanie danych jest dobrowolne, oraz że zgoda może być cofnięta w dowolnym czasie. Jednak brak wyrażenia zgody na ich przetwarzanie lub jej cofnięcie skutkują brakiem możliwości korzystania z usług.

Zapoznałem się z treścią klauzuli informacyjnej.

 ………………………………………………..

 miejscowość, data i czytelny podpis

*Załącznik nr 7 do Programu*

*Ministra Rodziny i Polityki Społecznej*

*„Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego − edycja 2024*

**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):

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**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 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: ………………………………………………………………………………………….…………..………

**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 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 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 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.

*Załącznik nr 8 do Programu*

*Ministra Rodziny i Polityki Społecznej*

*„Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024*

**Karta realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu** **„Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024**

1. **Dane osoby, której przyznane zostały 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, członkowi rodziny/opiekunowi przyznane zostały usługi opieki wytchnieniowej**:

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

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

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

1. **Informacje dotyczące realizowanych usług opieki wytchnieniowej:**
2. Opieka wytchnieniowa przyznana w formie: dziennej, całodobowej\*.
3. Opieka wytchnieniowa przyznana w wymiarze: ………………………………………………..…………………………………………….
4. Miejsce (wraz z adresem) realizacji usług opieki wytchnieniowej: ……………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(Uwaga: Kartę realizacji usług należy uzupełniać na bieżąco)

| **Lp.** | Data realizacji opieki wytchnieniowej | Miejsce realizacji opieki wytchnieniowej | Godziny/dni realizacji opieki wytchnieniowej | Liczba godzin/dni świadczonej opieki wytchnieniowej  | Potwierdzenie realizacji usługi opieki wytchnieniowej przez osobę bądź placówkę, która ją realizowała  | Podpis osoby objętej opieką wytchnieniową: członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |  |  |

1. Łączna liczba godzin/dni świadczonej usługi opieki wytchnieniowej w formie:
2. dziennej wynosi ………….. godzin;
3. całodobowej wynosi …………….dni.
4. Potwierdzam zgodność karty realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024:

………………………………………………………………………………………..

*Data i podpis osoby reprezentującej realizatora Programu*

1. Potwierdzam zgodność karty realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024:

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

*Data i podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością*

\*Należy podkreślić realizowaną formę usług.

*Załącznik nr 12 do Programu*

*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 przetwarzanych w Ministerstwie Rodziny i Polityki Społecznej jest Minister Rodziny i Polityki Społecznej, zwany dalej „Ministrem”, mający siedzibę w Warszawie (00-513), ul. Nowogrodzka 1/3/5.

**Dane kontaktowe inspektora ochrony danych osobowych**

W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych prosimy o kontakt z Inspektorem Ochrony Danych, drogą elektroniczną – adres email: iodo@mrips.gov.pl lub pisemnie na adres: ul. Nowogrodzka 1/3/5, 00-513 Warszawa.

**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 zadań 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.).

**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.