

**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):

.....

.....

.....

## 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 Programie „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 wytchnieniowej.

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:
  - 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 z 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 domu pomocy,
  - e) dom pomocy społecznej świadczący usługi wsparcia krótkoterminowego w formie pobytu całodobowego,
  - 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) w placówka zapewniająca całodobową opiekę, o której mowa w ustawie z dnia 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.

## Klauzula informacyjna RODO w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

Zgodnie z art. 13 i art. 14 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”, informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej z siedzibą w Sosnowcu przy ul. 3 Maja 33, e-mail: [kancelaria@mopssosnowiec.pl](mailto:kancelaria@mopssosnowiec.pl).
2. We wszystkich sprawach dotyczących ochrony danych osobowych, mają Państwo prawo kontaktować się z naszym Inspektorem Ochrony Danych na adres e-mail: [iod@mopssosnowiec.pl](mailto:iod@mopssosnowiec.pl).
3. Celem przetwarzania danych osobowych jest realizacja Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, w tym rozliczenie otrzymanych środków z Funduszu Solidarnościowego.
4. Dane osobowe przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit e RODO, tj. w związku z wykonaniem zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi oraz na podstawie art. 9 ust. 2 lit. g RODO, tj. 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, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, przyjętego na podstawie ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (tekst jednolity Dz. U. z 2023 r. poz. 647 z późn. zm.).
5. Dane osobowe będą przechowywane przez okres przewidziany w przepisach dotyczących przechowywania i archiwizacji dokumentacji, tj. przez 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym rozpatrzono wniosek.
6. Źródłem pochodzenia danych osobowych mogą być wnioskodawcy, tj. osoby niepełnosprawne, rodzice i opiekunowie osób niepełnosprawnych oraz osoby zatrudnione/świadczące/realizujące usługi opieki wytchnieniowej.
7. Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom uprawnionym do ujawnienia im danych na mocy przepisów prawa oraz podmiotom realizującym świadczenie w imieniu administratora na podstawie umów cywilnoprawnych. Dane osób fizycznych przetwarzane przez MOPS Sosnowiec mogą być udostępniane Ministrowi Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej lub Wojewodzie Śląskiemu m.in. do celów sprawozdawczych czy kontrolnych.
8. Ma Pani/Pan prawo do: dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, uzyskania ich kopii, prawo do ograniczenia ich przetwarzania oraz prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, e-mail: [kancelaria@uodo.gov.pl](mailto:kancelaria@uodo.gov.pl)).
9. Podanie danych osobowych w zakresie wynikającym z Karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 lub realizacji Programu jest dobrowolne, jednak niezbędne do wzięcia udziału w Programie.

Potwierdzam zapoznanie się z informacją:

.....

Podpis uczestnika Programu/pełnomocnika

## **Klauzula informacyjna RODO w ramach Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 Ministra Rodziny, Pracy 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, Pracy i Polityki Społecznej informuje, że:

### **Tożsamość administratora i dane kontaktowe**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w Ministerstwie Rodziny, Pracy 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@mriips.gov.pl](mailto:iodo@mriips.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, Pracy 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.

Potwierdzam zapoznanie się z informacją:

.....

Podpis uczestnika Programu/pełnomocnika



**W ramach realizowanego Programu „ Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 uczestnikowi Programu przysługuje prawo do:**

- czasowego odciążenia od codziennych obowiązków łączących się ze sprawowaniem opieki i zapewnienie czasu na odpoczynek i regenerację poprzez zapewnienie bezpłatnej opieki nad osobami/dziećmi niepełnosprawnymi dla członka rodziny lub opiekuna, który pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą/dzieckiem niepełnosprawnym i który sprawuje nad nią całodobową opiekę,
- każdemu uczestnikowi przysługuje limit 240 godzin usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach pobytu dziennego do wykorzystania do dnia 13 grudnia 2024 roku.

Limit dotyczy również:

- 1) więcej niż jednego opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad jedną osobą niepełnosprawną;
  - 2) opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę dla więcej niż 1 osoby niepełnosprawnej.
- usługi opieki wytchnieniowej dla opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad więcej niż jedną osobą niepełnosprawną muszą być realizowane w tym samym czasie, z zastrzeżeniem zapewnienia indywidualnego wsparcia<sup>1)</sup>,
  - 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.

Uczestnik Programu, któremu przyznano pomoc w postaci usług opieki wytchnieniowej nie ponosi odpłatności za usługi przyznane w ramach Programu.

Usługi opieki wytchnieniowej są realizowane na rzecz osoby niepełnosprawnej i wskutek jej decyzji lub decyzji opiekuna prawnego, a nie dla poszczególnych członków rodziny osoby niepełnosprawnej.

Rodzaj i zakres godzinowy usług opieki wytchnieniowej jest uzależniony od osobistej sytuacji osoby niepełnosprawnej z uwzględnieniem stopnia i rodzaju niepełnosprawności uczestnika Programu.

Uczestnik Programu ma prawo do samodzielnego wyboru osoby, która będzie świadczyć usługę opieki wytchnieniowej z zastrzeżeniem, że opieka nie może być świadczona przez członków rodziny<sup>2)</sup>, opiekunów prawnych lub osoby faktycznie zamieszkujące z uczestnikiem Programu.

---

<sup>1)</sup> W przypadku realizacji usług opieki wytchnieniowej dla więcej niż jednej osoby niepełnosprawnej kwota dofinansowania przysługuje na drugą i kolejną osobę niepełnosprawną w wysokości do 50% kwoty, o której mowa w ust. 19.

<sup>2)</sup> Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny osoby z niepełnosprawnością uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością.

**W ramach realizowanego Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 uczestnik Programu zobowiązany jest do:**

- złożenia karty zgłoszeniowej wraz z kserokopią aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności osoby nad którą będzie sprawowana opieka
- złożenia oświadczenia o wcześniejszym korzystaniu z usług opieki wytchnieniowej w przypadku zmiany miejsca zamieszkania/pobytu,
- w przypadku wyboru przez uczestnika osoby do świadczenia usług opieki wytchnieniowej – złożenia oświadczenia, że osoba wskazana nie jest członkiem rodziny, opiekunem prawnym i faktycznie nie zamieszkuje z uczestnikiem Programu,
- ustalania z osobą świadczącą usługę opieki wytchnieniowej harmonogramu realizacji przed jej rozpoczęciem.
- potwierdzanie własnoręcznym podpisem kart rozliczenia usług opieki wytchnieniowej uzupełnianej na bieżąco.

.....

Podpis uczestnika programu/opiekuna prawnego

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(Imię i nazwisko Uczestnika Programu - Opiekuna osoby niepełnosprawnej)

.....  
(adres zamieszkania)

## OŚWIADCZENIA

1. Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba do świadczenia usługi opieki wytchnieniowej w formie dziennej w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej w osobie Pani/Pan ..... nie jest członkiem mojej rodziny<sup>3)</sup>, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną.

2. Oświadczam, że osoba/dziecko niepełnosprawne nad którym sprawuję opiekę, stale przebywa w domu i nie korzysta/korzysta\* z ośrodka wsparcia lub placówek pobytu całodobowego np. ośrodka szkolno-wychowawczego czy internatu.

3. Oświadczam, że jestem osobą niezatrudnioną/pracującą/uczącą się/studującą\*.

4. Oświadczam, że jestem świadomy/a, iż w godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej **nie można korzystać z:**

a) z innych usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,

b) z usług finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego,

c) z innych form pomocy usługowej finansowanych z innych źródeł,

5. Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024.

**\*Właściwe zaznaczyć**

---

<sup>3)</sup> Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny osoby z niepełnosprawnością uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością.

**6.** Oświadczam, że osoba /dziecko niepełnosprawne nad którym sprawuję opiekę, obecnie korzysta/nie korzysta\* z następujących form wsparcia (właściwe proszę podkreślić):

- dzienny dom pomocy społecznej
- środowiskowy dom pomocy społecznej
- mieszkanie treningowe
- warsztaty terapii zajęciowej
- usługi opiekuńcze
- mieszkanie chronione
- dom pomocy społecznej
- hospicjum w formie stacjonarnej (całodobowej)
- specjalistyczne ośrodki wsparcia
- dom samopomocy społecznej/środowiskowy dom samopomocy
- inne (wskazać jakie?).....

.....  
(podpis Uczestnika Programu /rodzica /opiekuna prawnego)

**\*Właściwe zaznaczyć**

**Karta zgłoszenia kandydata do pełnienia usługi opieki wytchnieniowej w formie opieki dziennej  
w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla  
Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024**

**I. Dane uczestnika Programu:**

Imię i nazwisko uczestnika Programu: .....

Adres zamieszkania: .....

**II. Dane opiekuna prawnego uczestnika Programu (jeśli dotyczy):**

Imię i nazwisko opiekuna prawnego uczestnika Programu: .....

**III. Dane kandydata do pełnienia usługi opieki wytchnieniowej w formie pobytu dziennego w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej do Programu:**

Imię i nazwisko: .....

Telefon: .....

Miejscowość ....., data .....

.....  
(Podpis uczestnika Programu/rodzica/opiekuna prawnego)

**IV. Oświadczenie kandydata do pełnienia usługi opieki wytchnieniowej w formie pobytu dziennego w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej do Programu:**

Potwierdzam, że zostałam/łem poinformowana/ny przez wyżej wymienionego uczestnika Programu/opiekuna prawnego uczestnika Programu o przekazaniu do Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Sosnowcu moich danych osobowych (w zakresie: imię, nazwisko, telefon, data urodzenia, adres) jako kandydata do pełnienia usługi opieki wytchnieniowej w formie pobytu dziennego w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.<sup>4)</sup>

**V. Oświadczenie kandydata do pełnienia usługi opieki wytchnieniowej:**

Oświadczam, iż obecnie pozostaję zatrudniona/zatrudniony (umowa zlecenie/umowa o pracę):

Nazwa Pracodawcy	Wymiar świadczonej pracy	Czas pracy (w jakie dni tygodnia, w jakich godzinach)	Uwagi

Wyrażam zgodę na kontakt Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Sosnowcu ze wskazanym przez mnie pracodawcą/pracodawcami.

<sup>4)</sup> Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych dostępna jest na stronie BIP MOPS w Sosnowcu w zakładce Ochrona danych osobowych

UWAGA: W przypadku, gdy usługi opieki wytchnieniowej będą świadczone dla członków rodziny lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad dziećmi do ukończenia 16. roku życia posiadającymi orzeczenie o niepełnosprawności, w odniesieniu do osób, które mają świadczyć usługi opieki wytchnieniowej, wymagane są także:

- 1) zaświadczenie o niekaralności;
- 2) informacja o niefigurowaniu w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym w postaci wydruku pobranej informacji z Rejestru;
- 3) pisemna akceptacja osoby, która ma świadczyć usługę opieki wytchnieniowej ze strony rodzica lub opiekuna prawnego dziecka z niepełnosprawnością.

**Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Sosnowcu w formie pisemnej, każdorazowo o zawarciu nowej lub rozwiązaniu obecnej umowy w zakresie zatrudnienia.**

Data urodzenia kandydata: .....

Adres zamieszkania kandydata:

ul. ....

.....-.....

(kod pocztowy)

(miejscowość)

Miejscowość ....., data .....

.....  
(Podpis kandydata do pełnienia usługi opieki wytchnieniowej)