

Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego
– edycja 2025

I. 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:

.....

II. 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 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

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 2025, usług opieki wytchnieniowej?

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 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 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 wytchnieniowej oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowania przez gminę/powiat, która/który realizuje Program „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, 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 2025.



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 2025.
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 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 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 2025 lub innym programie resortowym Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w 2025 r. w zakresie usług opieki wytchnieniowej, w tym w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025. W ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 i/lub innego programu resortowego Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w 2025 r. w zakresie usług opieki wytchnieniowej, w tym w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025 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 2025 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 2025:

- 1) świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego:
 - a) ośrodek wsparcia,
 - b) dom pomocy społecznej świadczący usługi wsparcia krótkoterminowego w formie dziennej,
 - c) 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.),
 - d) w przypadku braku możliwości realizacji opieki wytchnieniowej w miejscach, o których mowa w lit. a-c, istnieje możliwość zrealizowania opieki wytchnieniowej w centrum opiekuńczo-mieszkalnym (COM), na zasadach określonych w poszczególnych edycjach Programu Centra Opiekuńczo-Mieszkalne,
 - e) za uprzednią zgodą gminy/powiatu, miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
 - f) za uprzednią zgodą gminy/powiatu, inne miejsce wskazane przez uczestnika Programu lub realizatora Programu, spełniające kryteria dostępności, o których mowa w ustawie z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2022 r. poz. 2240 z późn. zm.);
- 2) świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu całodobowego:
 - a) mieszkanie treningowe lub wspomagane (wyłącznie osoby pełnoletnie),
 - b) ośrodek wsparcia,
 - c) rodzinny domu 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 wytchnieniowej w miejscach, o których mowa w lit. a-f, istnieje możliwość zrealizowania opieki wytchnieniowej 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.



.....
Miejscowość, data

.....
(Imię i nazwisko członka rodziny/opiekuna *)

.....
(adres)

.....
(nr telefonu)

**OŚWIADCZENIE CZŁONKA RODZINY LUB OPIEKUNA
O SPRAWOWANIU BEZPOŚREDNIEJ OPIEKI
ORAZ
ZAMIESZKIWANIU WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM
Z OSOBĄ Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ**

Oświadczam, że jestem opiekunem prawnym/członkiem rodziny/opiekunem*

dziecka:....., sprawuję nad nim/nią*
bezpośrednią opiekę oraz zamieszkujemy we wspólnym gospodarstwie domowym.

.....
(podpis czytelny członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością*)

*niepotrzebne skreślić



.....
(Imię i nazwisko członka rodziny/opiekuna *)

.....

.....
(adres)

DEKLARACJA

Uczestnika Programu do wskazania osoby mającej świadczyć usługi opieki wytchnieniowej w ramach programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

Ja, Uczestnik Programu
wskazuje Panią/Pana zam.

..... jako osobę, którą
wybrałem/wybrałam do świadczenia usługi opieki wytchnieniowej w ramach ww. Programu. Oświadczam,
że wskazana przeze mnie Osoba nie jest członkiem rodziny osoby z niepełnosprawnością, opiekunem osoby
z niepełnosprawnością, a także nie zamieszkuje razem z osobą z niepełnosprawnością w odniesieniu do której
świadczone będą usługi opieki wytchnieniowej. Jednocześnie akceptuję wybór ww. osoby jako opiekuna dla
mojego dziecka.

*(Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny osoby z niepełnosprawnością uznaje się wstępnych lub zstępnych,
krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową,
macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z
osobą z niepełnosprawnością.)*

Jestem świadomy/świadoma* odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

dnia r.

.....

(podpis czytelny członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością)*

* niepotrzebne skreślić

** art. 233 § 1 Kodeksu Karnego: „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.”



OŚWIADCZENIE

Uczestnika Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025
realizowanego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Grajewie

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Oświadczam, że dziecko:

(imię i nazwisko dziecka z niepełnosprawnością)

nie korzysta z ośrodka wsparcia lub placówki pobytu całodobowego (stałe przebywa w domu).

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis czytelny członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością*)



**Oświadczenie osoby niepełnosprawnej/rodzica/opiekuna prawnego w ramach
Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego
– edycja 2025**

Dane osoby niepełnosprawnej:

.....
(imię i nazwisko)

.....
(pesel)

.....
(adres zamieszkania)

Dane osoby świadczącej usługę:

.....
(imię i nazwisko)

.....
(pesel)

.....
(adres zamieszkania)

W odniesieniu do części V. Zakres podmiotowy i przedmiotowy Programu, ust. 8 pkt 1-3 Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, ja niżej podpisana/y oświadczam, że

Pan/i

- jest osobą ze wskazania mojego/opiekuna prawnego/rodzica w Karcie zgłoszenia do Programu (zał. nr 7) i będzie świadczyła usługi opieki wytchnieniowej, za uprzednią zgodą gminy w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
- nie pozostaje ze mną w jakimkolwiek stosunku pokrewieństwa i powinowactwa; tj. nie jest członkiem mojej rodziny, opiekunem prawnym ani osobą faktycznie ze mną zamieszkującą,
- jest przygotowana/y do realizacji wobec mnie usług asystencji osobistej; tj. posiada co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami,
- jest osobą zaufaną,
- jest osobą odpowiedzialną,
- nie pobiera świadczenia pielęgnacyjnego z tytułu opieki nade mną,
- nie jest zobowiązana/y przepisami prawa, wyrokiem sądu, bądź innym dokumentem do sprawowania opieki nade mną.

.....
(Miejscowość, data)

.....
(Podpis osoby niepełnosprawnej/opiekuna prawnego/rodzica)





Klauzula informacyjna RODO w ramach Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

Zgodnie z art. 13 i 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 jest Minister Rodziny, Pracy 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 lub pisemnie na adres: ul. Nowogrodzka 1/3/5, 00-513 Warszawa.

Kategorie danych osobowych

Przetwarzanie danych osobowych obejmuje następujące kategorie Pani/Pana służbowych danych jako pracownika urzędu wojewódzkiego albo jako pracownika urzędu gminy/urzędu powiatu (zakres przetwarzanych służbowych danych osobowych):

- imię, nazwisko,
- zajmowane stanowisko,
- miejsce pracy,
- numer telefonu,
- adres e-mail.

Cele przetwarzania i podstawa prawna przetwarzania

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w zakresie niezbędnym do wykonania przez Ministra zadań związanych z realizacją, sprawozdawczością, nadzorem oraz z czynnościami kontrolnymi dotyczącymi realizacji Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO tj. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze oraz art. 6 ust. 1 lit. e RODO tj. przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi - w związku z art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2024 r. poz. 296 z późn. zm.) i ww. programem.

Odbiorcy danych lub kategorie odbiorców danych

Pani/Pana dane nie będą przekazywane innym podmiotom, z wyjątkiem podmiotów uprawnionych do ich przetwarzania na podstawie przepisów prawa oraz podmiotów wspierających Ministra w wypełnianiu obowiązków i świadczeniu usług, w tym zapewniających obsługę, asystę i wsparcie techniczne dla Generатора Funduszu Solidarnościowego, w którym są przetwarzane Pani/Pana dane.

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 2025, 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 oraz prawo do żądania ich usunięcia po upływie okresu, o którym mowa powyżej.

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

Podmiot realizujący Program „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 na poziomie województwa, powiatu albo gminy, który wskazał dane Pani/Pana, jako dane swojego przedstawiciela lub osoby do kontaktów lub osoby upoważnionej do podejmowania czynności w Generatorze Funduszu Solidarnościowego.

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 2025.

.....
(podpis czytelny uczestnika/opiekuna prawnego/rodzica*)



***Klauzula informacyjna RODO w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek
Samorządu Terytorialnego – edycja 2025
Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Grajewie.***

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 w Grajewie, ul. Strażacka 6, 19-200 Grajewo, tel.: +48862730860, e-mail: mops@mops.grajewo.pl.*
2. We wszystkich sprawach dotyczących ochrony danych osobowych, mają Państwo prawo kontaktować się z naszym Inspektorem Ochrony Danych na adres e-mail: iod@mops.grajewo.pl.
3. Celem przetwarzania danych osobowych jest realizacja Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, 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 2025, przyjętego na podstawie ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz.U. z 2024 r. poz. 296 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 wnioski.
6. Źródłem pochodzenia danych osobowych mogą być wnioskodawcy, tj. członkowie rodzin lub opiekunowie osób niepełnosprawnych, osoby niepełnosprawne oraz osoby zatrudnione/świadczące/realizujące usługi opieki wytchnieniowej.
7. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych są podmioty uprawnione do ujawnienia im danych na mocy przepisów prawa oraz podmioty realizujące świadczenie w imieniu administratora na podstawie umów cywilnoprawnych. Dane osób fizycznych przetwarzane przez Miasto Grajewo/Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Grajewie, w szczególności dane osób świadczących/realizujących usługi opieki wytchnieniowej na rzecz uczestników Programu mogą być udostępniane Ministrowi Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej lub Podlaskiemu Urzędowi Wojewódzkiemu 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).
9. Ponadto ma Pan/Pani prawo do wniesienia sprzeciwu co do przetwarzania danych, a administratorowi nie wolno już przetwarzać tych danych osobowych, chyba że wykaże on istnienie ważnych prawnie uzasadnionych podstaw do przetwarzania, nadrzędnych wobec interesów, praw i wolności osoby, której dane dotyczą, lub podstaw do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.
10. Podanie danych osobowych w zakresie wynikającym z Karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 lub realizacji Programu jest dobrowolne, jednak niezbędne do wzięcia udziału w Programie.

.....
(podpis czytelny uczestnika/opiekuna prawnego/rodzica*)



OŚWIADCZENIA
Uczestnika Programu „Opieka wytchnieniowa”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią Regulaminu rekrutacji i udziału w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025
2. Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.
3. Oświadczam, że zapoznałem/am się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu.
4. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług opieki wytchnieniowej oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowanie przez realizatora świadczonych usług. Czynności o których mowa wyżej dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług.

Grajewo, data

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



**ANKIETA UZUPEŁNIAJĄCA UCZESTNIKA PROGRAMU
„Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025
realizowanego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Grajewie**

1. Czy przekroczy Pan/Pani limit 240 godzin usług opieki wytchnieniowej świadczonej w ramach pobytu dziennego finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego przypadających na jedną osobę z niepełnosprawnością w 2025 r. w realizowanym Programie oraz usług opieki wytchnieniowej świadczonych w ramach wszystkich programów Ministra w zakresie usług opieki wytchnieniowej:

TAK NIE

2. Czy we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają osoby mogące czasowo wyręczyć Pana/Panią w opiece nad osobą z niepełnosprawnością?

TAK NIE

Jeżeli tak, proszę wskazać liczbę osób:.....

3. Czy posiada Pan/Pani orzeczenie o stopniu niepełnosprawności:

TAK NIE

4. Czy jest Pan/Pani osobą aktywną zawodowo, uczącą się lub studiującą?

TAK NIE

5. Czy osoba z niepełnosprawnością, nad którą sprawuje Pan/Pani bezpośrednią opiekę stale przebywa w domu?

TAK NIE

6. Czy osoba z niepełnosprawnością, nad którą sprawuje Pan/Pani bezpośrednią opiekę korzysta z:

- ośrodka wsparcia TAK NIE
- placówek pobytu całodobowego TAK NIE
- środowiskowego domu samopomocy TAK NIE
- dziennego domu pomocy TAK NIE
- warsztatu terapii zajęciowej TAK NIE
- innego ośrodka (jakiego?)

7. Jeśli osoba niepełnosprawna korzysta ze wsparcia, proszę wskazać średniomiesięczną liczbę godzin wsparcia uzyskiwaną we wskazanej/ych placówce/ach w okresie ostatnich 3 m-cy:

Średnio godzin/miesiąc

8. Czy osoba z niepełnosprawnością, nad którą sprawuje Pan/Pani bezpośrednią opiekę jest aktualnie objęta wsparciem w formie usług opiekuńczych/specjalistycznych usług opiekuńczych/usług obejmujących analogiczne wsparcie?

TAK NIE

Jeżeli tak, proszę wskazać w jakim wymiarze:.....

9. Czy osoba z niepełnosprawnością, nad którą sprawuje Pan/Pani bezpośrednią opiekę jest zatrudniona?

TAK NIE

10. Czy osoba z niepełnosprawnością, nad którą sprawuje Pan bezpośrednią opiekę uczy się lub studiuje?

TAK NIE

.....
(podpis opiekuna prawnego/członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością)



OŚWIADCZENIE

dotyczące stanu zdrowia i sytuacji życiowej uczestników Programu* oraz osób z niepełnosprawnościami mogących mieć wpływ na przyznanie usług opieki wytchnieniowej**:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(miejsowość i data)

.....
podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego/
członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością/

* - przez uczestników Programu rozumie się członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobami niepełnosprawnymi,

** - zgodnie z zapisami Programu Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Grajewie przyznając usługi opieki wytchnieniowej będzie brał pod uwagę stan zdrowia i sytuację życiową uczestników Programu oraz osób z niepełnosprawnościami.

