



Załącznik nr 3

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

**I. Dane osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej (członka rodziny/opiekun 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 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 wsparcia:

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 komunikowaniu się z otoczeniem **Tak****/Nie**

Środki pochodzą z Funduszu Solidarnościowego na dofinansowanie zadań w ramach resortowego Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2024.



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

Środki pochodzą z Funduszu Solidarnościowego na dofinansowanie zadań w ramach resortowego Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2024.



- 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*

Środki pochodzą z Funduszu Solidarnościowego na dofinansowanie zadań w ramach resortowego Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2024.



## 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 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 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 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.

Środki pochodzą z Funduszu Solidarnościowego na dofinansowanie zadań w ramach resortowego Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2024.



### Klauzula informacyjna

*Na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz. Urz. UE.L. z 2016r. Nr 119, stron.1) (dalej jako: „RODO”), informujemy o sposobie i celu, w jakim przetwarzamy Państwa dane osobowe, a także o przysługujących prawach.*

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Brodnicy przy ulicy Mickiewicza 1, tel.: (56) 49-847-69, główny e-mail: [sekretariat@pcpr-brodnica.com.pl](mailto:sekretariat@pcpr-brodnica.com.pl)
2. Kontakt z inspektorem ochrony danych e-mail: [iod@pcpr-brodnica.com.pl](mailto:iod@pcpr-brodnica.com.pl) lub pisemnie na adres Administratora danych podany w punkcie 1.
3. Dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO w celu zawarcia i wykonania umowy oraz na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu wykonania ciężących na Administratorze obowiązków prawnych, np.: archiwizacji, wykonania przepisów podatkowych, przepisów o rachunkowości. W pozostałych przypadkach Państwa dane osobowe przetwarzane są wyłącznie na podstawie wcześniej udzielonej zgody w zakresie i celu określonym w treści zgody, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit a RODO.
4. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres 5 lat liczonych od daty zakończenia realizacji umowy/rozwiązania/wygaśnięcia umowy; dane osobowe przetwarzane w celu dokonywania rozliczeń będą przechowywane przez Administratora przez okres przechowywania dokumentacji księgowej i podatkowej wynikający z przepisów prawa; dane przetwarzane w celu dochodzenia roszczeń (np. w postępowaniach sądowych) będą przechowywane przez okres przedawnienia roszczeń, wynikający z przepisów kodeksu cywilnego.
5. W przypadku gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody, przysługuje Państwu prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie to, nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
6. Mają Państwo prawo dostępu do treści swoich danych, prawo ich sprostowania, prawo żądania od Administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO.
7. Mają Państwo prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznają Państwo, iż przetwarzanie danych osobowych, Państwa dotyczących, narusza przepisy RODO.
8. Przewidywanymi odbiorcami Państwa danych osobowych są:
  - a) podmioty, które są upoważnione do odbioru Państwa danych osobowych na podstawie odpowiednich przepisów prawa,
  - b) podmioty, które prowadzą działalność pocztową lub kurierską,
  - c) podmioty, które prowadzą działalność płatniczą (banki, instytucje płatnicze – w celu dokonywania wzajemnych rozliczeń, w tym płatności na Państwa rzecz),
  - d) podmioty, które obsługują systemy teleinformatyczne i świadczące usługi IT.
9. Państwa dane nie będą podstawą do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania.
10. Dane osobowe nie będą przekazywane poza obszar EOG.
11. Podanie danych osobowych jest warunkiem niezbędnym do zawarcia i realizacji umowy. W przypadku nie podania danych osobowych nie będzie możliwe jej zawarcie i realizacja.

.....  
Data i podpis