Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

Deklaracja udziału w Programie

„Opieka wytchnieniowa"
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

I. Dane osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej (opiekuna osoby niepełnosprawnej sprawującego bezpośrednią opiekę):

Imię i nazwisko: .....

Data urodzenia: .....

Adres zamieszkania: .....

Telefon: .....

II. Dane dotyczące osoby niepełnosprawnej:

Imię i nazwisko: .....

Data urodzenia: .....

Adres zamieszkania: .....

Ograniczenia osoby niepełnosprawnej:
☐ w zakresie komunikowania się: .....
.....
.....
☐ w zakresie poruszania się: .....
.....
.....

W jakich czynnościach w szczególności wymagane jest wsparcie:
1) czynności samoobsługowe - Tak ☐/Nie ☐;
2) czynności pielęgnacyjne - Tak ☐/Nie ☐;
3) w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełniania ról społecznych - Tak ☐/Nie ☐;
4) w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania - Tak ☐/Nie ☐;
5) w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem - Tak ☐/Nie ☐.

III. Preferowana forma, wymiar i miejsce świadczenia usług opieki wytchnieniowej:

☐ dzienna, w dniach, miejsce świadczenia: .....
☐ w godzinach: .....

Program finansowany jest ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

IV. Czy korzystał/a Pan/Pani z Programu „Opieka wytchnieniowa”?

☐ Nie
☐ Tak,
Rok uczestnictwa: .....; Nazwa Organizatora programu: ..... .

V. Czy zamieszkuje Pan/Pani we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą niepełnosprawną i sprawuje całodobową opiekę nad osobą niepełnosprawną?

☐ Tak
☐ Nie

VI. Czy jest Pan/Pani aktualnie objęty/a wsparciem w formie usług opiekuńczych / specjalistycznych usług opiekuńczych / usług obejmujących analogiczne wsparcie?

☐ Tak
☐ Nie

VII. Czy w przypadku wybrania dziennej opieki wytchnieniowej ma Pan/Pani możliwość wskazania osoby, która mogłaby pełnić funkcję opiekuna i spełniałaby wymogi programu* tj. posiadała stosowne wykształcenie lub doświadczenie w opiece nad osobami niepełnosprawnymi?

☐ Tak
☐ Nie

*Usługi opieki wytchnieniowej w formie całodobowej i dziennej w miejscach wskazanych powyżej mogą być świadczone przez:
1. osoby posiadające 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
2. osoby posiadające, co najmniej 6-miesięczne udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy/opieki osobom niepełnosprawnym, w tym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnych w formie wolontariatu itp. (posiadanie doświadczenia, o którym mowa, powinno zostać udokumentowane pisemnym oświadczeniem podmiotu, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym).

Do Deklaracji udziału w Programie „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 **należy dołączyć:**

- kserokopię orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności / orzeczenia traktowanego na równi do orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub w przypadku dziecka orzeczenia o niepełnosprawności.

KLAUZULA INFORMACYJNA
Informacje o przetwarzaniu danych osobowych w związku z udziałem w Programie „Opieka wytchnieniowa”

Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

W związku z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) informujemy, że:

- administratorem danych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej, ul. Limanowskiego 17, 63-400 Ostrów Wielkopolski, tel.: 62 592-11-22, e-mail: mopsostrow@osw.pl;
- dane osobowe przetwarzamy w celu realizacji deklaracji udziału w Programie „Opieka wytchnieniowa" na podstawie:

- ciążącego na administratorze obowiązku prawnego (art. 6 ust. 1 lit. c RODO) w związku z art. 7 ust. 5 ustawy o Funduszu Solidarnościowym,
- ważnego interesu publicznego proporcjonalnego do wyznaczonego celu (art. 9 ust. 2 lit. g RODO) oraz wypełnienia obowiązków w dziedzinie zabezpieczenia społecznego/ochrony socjalnej (art. 9 ust. 2 lit. b RODO) wynikających z Programu;

- podanie danych jest obowiązkowe, a ich brak uniemożliwi udział w Programie;
- odbiorcami danych będą podmioty wspierające administratora w obsłudze administracyjnej, informatycznej i prawnej, a także podmioty realizujące opiekę wytchnieniową w imieniu administratora na podstawie umów cywilnoprawnych; dane nie będą przekazywane do odbiorców w państwach trzecich i nie będą na ich podstawie podejmowane zautomatyzowane decyzje ani profilowanie;
- dane będziemy przechowywać przez 5 lat po zakończeniu roku kalendarzowego, w którym udzielono opieki;
- przysługują Państwu prawa: żądania dostępu do danych, ich sprostowania, usunięcia i ograniczenia przetwarzania, które w stosownych przypadkach przepisy mogą ograniczyć, a także prawo wniesienia skargi do Prezesa UODO (uodo.gov.pl), jeśli sądzą Państwo, że przetwarzanie Państwa danych narusza RODO;
- w sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz realizacji powyższych praw mogą Państwo kontaktować się z wyznaczonym inspektorem ochrony danych przez e-mail: korzuch@infoic.pl

....

Miejscowość, data *podpis osoby - opiekuna prawnego lub członka rodziny osoby niepełnosprawnej*