Zielona Góra......................2024 r.

……………………………………..

(imię i nazwisko)

……………………………………

(ulica)

…………………..…Zielona Góra

(kod pocztowy)

**Oświadczenie opiekun**a

Oświadczam, iż jestem członkiem rodziny/opiekunem[[1]](#footnote-1) sprawującym całodobową opiekę nad

……………………………………………………………………………………………………………....,

oraz że osoba z niepełnosprawnością pozostaje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym.

Potwierdzam zapoznanie się z poniższymi informacjami:

1. Usługa opieki wytchnieniowej finansowana jest ze środków pochodzących z Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.
2. Uczestnik Programu, któremu przyznano pomoc w postaci usług opieki wytchnieniowej nie ponosi odpłatności za usługi przyznaną w ramach Programu.
3. Przyznając usługę opieki wytchnieniowej w pierwszej kolejności bierze się pod uwagę stan zdrowia i sytuację życiową uczestników Programu oraz uwzględnia się potrzeby członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobą niepełnosprawną która stale przebywa w domu, i nie korzysta np. z ośrodka wsparcia, środowiskowego domu samopomocy placówek pobytu całodobowego, dziennego domu pomocy, warsztatów terapii zajęciowej lub niezatrudnionych, uczących się lub studiujących.
4. Program jest realizowany w formie pobytu dziennego w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej, na 1 uczestnika Programu przypada 240 godzin usług opieki wytchnieniowej.
5. Usługi opieki wytchnieniowej dla opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad więcej niż jedną

osobą niepełnosprawną muszą być realizowane w tym samym czasie.

1. W przypadku zmian mających wpływ na prawo i warunki korzystania w ramach Programu np. utrata statusu osoby z niepełnosprawnością, zmiana stopnia niepełnosprawności czy korzystanie
w danym roku kalendarzowym z usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków Funduszu
w ramach innych programów dotyczących usług opieki wytchnieniowej , uczestnik Programu jest obowiązany niezwłocznie poinformować o zmianach Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej
w Zielonej Górze , nie później niż w ciągu 7 dni od dnia nastąpienia zmiany.
2. Maksymalna długość świadczenia formy nieprzerwanego pobytu dziennego wynosi 12 godzin.

Usługi w formie pobytu dziennego mogą być świadczone w godzinach 6.00 – 22.00.

**UWAGA: Złożenie karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 nie jest równoznaczne z przyznaniem opieki wytchnieniowej.**

**Oświadczam, że osoba z niepełnosprawnością korzysta z:**

 ośrodka wsparcia m.in. Środowiskowego domu samopomocy, dziennych domu pobytów,

 placówek pobytu całodobowego,

 warsztatów terapii zajęciowej,

 osoba z niepełnosprawnością nie korzysta z ww. form, przebywa stale w domu

 inne………………………………………………………………………………………

**Do oświadczenia załączam:**

* kartę zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024,
* kserokopię orzeczenia o niepełnosprawności.

**Oświadczenie opiekuna dotyczące** **opieki wytchnieniowej w formie pobytu dziennego w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej**

Oświadczam, że:

* wskazuje kandydata do świadczenia usług opieki wytchnieniowej\*

Imię i nazwisko kandydata……………………………………………………….

* nie mogę wskazać kandydata do świadczenia usług opieki wytchnieniowej\*,

\***Usługa opieki wytchnieniowej może być świadczona przez**:

1. osoby posiadające dplom potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie asystent osoby niepełnosprawnej, pielęgniarka, siostra PCK, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, fizjoterapeuta,
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.,
3. osoby, które zostaną wskazane przez uczestnika Programu w Karcie zgłoszenia do.

Posiadanie doświadczenia, o którym mowa w pkt 2, powinno zostać udokumentowane pisemnym oświadczeniem podmiotu, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym. Podmiotem tym może być również osoba fizyczna ( a więc nie tylko osoba prawna, czy jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej), która zleciła udzielenie bezpośredniej pomocy osobie z niepełnosprawnością. Ocena posiadania przez osobę doświadczenia w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami należy do realizatora Programu.

**Usługa opieki wytchnieniowej** nie może być świadczona przez członków rodziny tj: wstępni lub zstępni, małżonka, rodzeństwo, teściów, zięcia, synową, macochę, ojczyma, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem Programu.

………………………………….

 (czytelny podpis osoby)

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

Zostałam(em) poinformowany, 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 Dyrektor Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Zielonej Górze z siedzibą przy ul. Długiej 13, 65-401 Zielona Góra.
2. We wszystkich sprawach dotyczących ochrony danych osobowych, mają Państwo prawo kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych, iod@mops.zgora.pl.
3. Celem przetwarzania danych osobowych jest realizacja programu Ministra Rodziny 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 i Polityki Społecznej „opieka wytchnieniowa” – dla Jednostek Samorządu Terytorialnego -edycja 2024, przyjętego na podstawie ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2023 r. poz.647).
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 opiekuna wytchnieniowego.
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 Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Zielonej Górze w szczególności dane osób świadczących/realizujących usługi opiekuna wytchnieniowego na rzecz uczestników Programu lub opiekunów prawnych mogą być udostępniane Ministrowi Rodziny i Polityki Społecznej lub Wojewody Lubuskiego 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). 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.
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.

  ………………………………….

 (czytelny podpis osoby)

1. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)