

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(ulica)

.....Zielona Góra  
(kod pocztowy)

### Oświadczenie opiekuna

Oświadczam, iż jestem członkiem rodziny/opiekunem\* sprawującym całodobową piekę nad

.....,  
oraz że osoba niepełnosprawna 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” – edycja 2022.
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 uwzględniane są potrzeby członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad dzieckiem z orzeczeniem o niepełnosprawności lub osobą ze znacznym stopniem niepełnosprawności lub z orzeczeniem równoważnym, która:
  - a. ma niepełnosprawność sprzężoną/złożoną,
  - b. wymaga wysokiego poziomu wsparcia,
  - c. stale przebywa w domu, tj. nie korzysta z ośrodka wsparcia lub placówek pobytu całodobowego, np. ośrodka szkolno-wychowawczego czy internatu.
4. Usługi opieki wytchnieniowej nie mogą być świadczone przez członka rodziny tj.: dzieci, rodzeństwo, wnuki, dziadków, teściów, macochę, ojczyma oraz inne osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z uczestnikiem Programu.
5. W celu rzetelnej kwalifikacji uczestników Programu został wprowadzony pomiar ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu oraz zakresu niezbędnego wsparcia. Ocena dokonywana jest na podstawie danych zawartych w *Karcie pomiaru niezależności funkcjonalnej wg zmodyfikowanych kryteriów oceny* - Skali FIM (stanowiącej załącznik nr 7 do Programu), którą uzupełnia lekarz rodzinny/lekarz rehabilitacji medycznej/ fizjoterapeuta/pielęgniarka. Jeśli wynik takiego badania wyniesie od 18 do 75 punktów (wg zmodyfikowanej punktacji) wówczas usługa opieki wytchnieniowej w pierwszej kolejności powinna trafić właśnie do członka rodziny lub opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad taką osobą niepełnosprawną. *Karta pomiaru niezależności funkcjonalnej wg zmodyfikowanych kryteriów oceny* nie jest dokumentem obowiązkowym, jednak w przypadku dużej liczby zgłoszeń uczestnicy Programu posiadający tę Kartę będą mieć zapewniony dostęp do usługi opieki wytchnieniowej w pierwszej kolejności.
6. W godzinach realizacji usługi opieki wytchnieniowej nie mogą być świadczone inne formy pomocy usługowej, w tym: usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, usługi finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego lub z innych źródeł.

---

\* Niepotrzebne skreślić

7. Program może być realizowany w następujących formach:

Formy opieki wytchnieniowej			Limity
I	pobyt dzienny w:	miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej	240 godzin na 1 uczestnika
		ośrodka wsparcia	
		innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu, które otrzyma pozytywną opinię gminy/powiatu	
II	pobyt całodobowy w :	ośrodka wsparcia	14 dni na 1 uczestnika
		ośrodka/placówce wpisanej do rejestru właściwego wojewody zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym	
		innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu, które otrzyma pozytywną opinię gminy/powiatu	
		domu pomocy społecznej na podstawie przyjętej przez gminę lub powiat uchwały	

8. Limity, wskazane w powyższej tabeli dotyczą również więcej niż jednego opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad jedną osobą niepełnosprawną oraz opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę dla więcej niż jednej osoby niepełnosprawnej.
9. Maksymalna długość świadczenia formy nieprzerwanego pobytu dziennego wynosi 12 godzin. Usługi w formie pobytu dziennego mogą być świadczone w godzinach 6.00 – 22.00.
10. W przypadku zmiany miejsca zamieszkania/pobytu uczestnik Programu składa oświadczenie o wcześniejszym korzystaniu z usług opieki wytchnieniowej.

**UWAGA: Złożenie karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2022 nie jest równoznaczne z przyznaniem opieki wytchnieniowej.**

Do oświadczenia załączam:

- kartę zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2022
- kartę pomiaru niezależności funkcjonalnej wg zmodyfikowanych kryteriów oceny – Skali FIM (dokument nieobowiązkowy)
- kserokopię orzeczenia o niepełnosprawności

## 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](mailto:iod@mops.zgora.pl).
3. Celem przetwarzania danych osobowych jest realizacja programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2022, 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” – edycja 2022, przyjętego na podstawie ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2020 r. poz. 1787).
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 Wojewodzie 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](mailto: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” – edycja 2022 lub realizacji programu jest dobrowolne, jednak niezbędne do wzięcia udziału w programie.

.....  
(czytelny podpis osoby)