Zielona Góra......................2023 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 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 2023.
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 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, tj. nie korzysta z ośrodka wsparcia lub placówek pobytu całodobowego.
4. Usługi opieki wytchnieniowej nie mogą być świadczone przez członka rodziny tj.: dzieci, rodzeństwo, wnuki, dziadków, teściów, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem Programu.
5. W celu rzetelnej kwalifikacji uczestników Programu został wprowadzony pomiar ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu oraz zakresu niezbędnego wsparcia. Ocena ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu oraz zakres niezbędnego wsparcia jest dokonywana na podstawie danych zawartych w Karcie pomiaru niezależności funkcjonalnej wg zmodyfikowanych kryteriów oceny - Skali FIM, stanowiącej załącznik nr 6 do Programu, którą wypełnia 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 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. Program może być realizowany w następujących formach:

|  |  |
| --- | --- |
| **Formy opieki wytchnieniowej** | **Limity** |
| I | pobyt dzienny w: | miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej | 240 godzin na 1 uczestnika |
| ośrodku wsparcia |
| innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu, które otrzyma pozytywną opinię gminy/powiatu |
| II | pobyt całodobowy w :  | ośrodku wsparcia | 14 dni na 1 uczestnika |
| ośrodku/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 |

1. 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.
2. Usługi opieki wytchnieniowej dla opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad więcej niż jedną osobą niepełnosprawną muszą być realizowane w tym samym czasie.
3. Maksymalna długość świadczenia formy nieprzerwanego pobytu dziennego wynosi 12 godzin.

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

1. 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 2023
* 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.
3. Celem przetwarzania danych osobowych jest realizacja programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2023, 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 2023, 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 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” – edycja 2023 lub realizacji programu jest dobrowolne, jednak niezbędne do wzięcia udziału w programie.

 ………………………………….

 (czytelny podpis osoby)

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