



## Nabór uczestników do programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2023 w ramach pobytu całodobowego

W związku z zakwalifikowaniem się Gminy Malechowo do Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2023, Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Malechowie rozpoczyna nabór wniosków do uczestnictwa w programie.

Program adresowany jest do opiekunów osób zależnych z terenu gminy Malechowo zamieszkujących we wspólnym gospodarstwie domowym i sprawujących całodobową opiekę nad;

- 1) osobą niepełnosprawną z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności bądź osobą z orzeczeniem traktowanym na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 573, z późn. zm.),
- 2) dzieckiem z orzeczeniem o niepełnosprawności.

Uczestnicy Programu będą mogli skorzystać z:

- 1) bezpłatnej usługi opieki wytchnieniowej świadczonej w formie całodobowego pobytu do 14 dni we wskazanej placówce spełniającej kryteria programowe.

Zakwalifikowanie do Programu odbywać się będzie z uwzględnieniem osobistej sytuacji opiekuna i osoby z niepełnosprawnością, a także dostępności usług opieki wytchnieniowej na terenie gminy, zgodnie z założeniami Programu i przyznanymi środkami finansowymi.

Zainteresowanych prosimy o składanie wniosków wraz z kompletem dokumentów zamieszczonych pod ogłoszeniem:

***karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa”,  
klauzuli informacyjnej oraz kserokopii orzeczenia o niepełnosprawności  
do dnia 8 maj 2023 roku:***

- bezpośrednio do Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Malechowie,
- pocztą na adres: Malechowo 22A, 76-142 Malechowo;
- za pomocą e-mail: mkopa@malechowo.pl

**Osoba do kontaktu w sprawie składania wniosków: Marta Kopa tel. 94 3140592  
(w godzinach od 8:00 do 14:00)**

## Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2023

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

Imię i nazwisko: .....

Data urodzenia: .....

Adres zamieszkania:

.....

Telefon:

.....

E-mail:

.....

### **II. Dane dotyczące osoby niepełnosprawnej, w związku z opieką nad którą 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 mózgowie; 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 **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**.

Informacje na temat ograniczeń osoby niepełnosprawnej w zakresie komunikowania się lub poruszania się (wypełnia opiekun/członek rodziny, który ubiega się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej):

.....  
.....  
.....  
.....

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

dzienna, miejsce

.....\*

całodobowa, miejsce

.....

.....\*

w godzinach

.....

w dniach

.....

## III. Oświadczenia:

1. Oświadczam, że osoba niepełnosprawna nad którą ubiegam się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej posiada ważne orzeczenie o znacznym stopniu niepełności/orzeczenie traktowane na równi do orzeczenia o znacznym stopniu niepełności lub że dziecko posiada orzeczenie o niepełności\*\*.
2. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług opieki wytchnieniowej oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowania przez realizatora 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” – edycja 2023.
4. Oświadczam, że zapoznałem się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu.
5. Oświadczam, że w godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków Funduszu nie będą 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 (Dz. U. z 2021 r. poz. 2268, z późn. zm.), inne usługi finansowane ze środków Funduszu lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie do usług opieki wytchnieniowej finansowane ze środków publicznych.
6. Oświadczam, że aktualnie uczestniczę/nie uczestniczę\*\*\* w innym Programie resortowym Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej w zakresie usług opieki wytchnieniowej, w tym w Programie *Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnościami*. W ramach innego Programu przyznano mi ..... (wpisać liczbę godzin) godzin opieki wytchnieniowej.

Miejscowość ....., data .....

.....

Podpis osoby opiekuna prawnego lub członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług opieki wytchnieniowej

.....

Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie

\*Należy wpisać miejsce wymienione w treści Programu „Opieka wytchnieniowa”- edycja 2023:

- 1) świadczenia usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego w: miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością, ośrodku wsparcia, innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu lub realizatora Programu spełniające kryteria dostępności, które otrzyma pozytywną opinię gminy/powiatu, domu pomocy społecznej na podstawie przyjętej przez gminę lub powiat uchwały, Centrum Opiekuńczo Mieszkalnym (COM);

2) świadczenia usługi opieki wytchnieniowej, w ramach pobytu całodobowego w: ośrodku wsparcia, ośrodku/placówce wpisanej do rejestru właściwego wojewody zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu lub realizatora Programu spełniające kryteria dostępności, które otrzyma pozytywną opinię gminy/powiatu, domu pomocy społecznej na podstawie przyjętej przez gminę lub powiat uchwały lub Centrum Opiekuńczo Mieszkalnym (COM).

\*\*do Karty zgłoszenia należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności/o niepełnosprawności.

\*\*\* odpowiednie skreślić

## **KLAUZULA INFORMACYJNA**

Zgodnie z art. 13 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 (RODO), informujemy, że:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: **Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Malechowie z siedzibą w Malechowie 22A 76-142 Malechowo, e-mail: [gops.malechowo@interia.pl](mailto:gops.malechowo@interia.pl), tel. 0943140569**

Administrator prowadzi operacje przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.

Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych będzie się odbywać na podstawie: **art. 6 ust. 1 lit. c) RODO** w związku z: **realizacją Programu pn. „Opieka wytchnieniowa” na podstawie art. 7 ust. 5 oraz art. 13 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym; w celu wprowadzenia usług opiekuńczej jako wsparcie dla członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad dziećmi i osobami posiadającymi orzeczenia o niepełnosprawności.**

Pani/Pana dane osobowe po zrealizowaniu celu, dla którego zostały zebrane, będą przetwarzane do celów archiwalnych i przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa i wewnętrznych regulacji dotyczących archiwizowania danych obowiązujących w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Malechowie.

Sposoby kontaktu z inspektorem ochrony danych w **Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Malechowie**;

- adres korespondencyjny: Malechowo 22a, 76-142 Malechowo

- adres e-mail: [iodo@malechowo.pl](mailto:iodo@malechowo.pl)

W przypadku, gdy przepisy szczególne nie stanowią inaczej posiada Pani/Pan prawo żądania dostępu do treści swoich danych osobowych, ich sprostowania oraz ograniczenia przetwarzania.

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeśli Pani/Pana zdaniem przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych - narusza przepisy unijnego rozporządzenia RODO.

Informujemy, iż Pani/Pana dane osobowe **mogą być przekazywane:**

1. Podmiotom uprawnionym do uzyskania danych osobowych na podstawie odpowiednich przepisów prawa,
2. Podmiotom, które przetwarzają dane osobowe na zlecenie administratora, na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, m.in. firmy świadczące usługi w zakresie oprogramowania.

W trakcie przetwarzania Pani/Pana danych osobowych nie dochodzi do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani do profilowania.