Sieprawice, ................. 2024 r.

……………………………………..

*(imię i nazwisko)*

……………………………………..

*(miejscowość, nr budynku)*

…………………………………….

*(kod pocztowy)*

**OŚWIADCZENIE CZŁONKA RODZINY/ OPIEKUNA**

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 Funduszu Solidarnościowego   
   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 przyznane 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 nie więcej niż 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.
6. 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 Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Jastkowie, nie później niż w ciągu 7 dni od dnia nastąpienia zmiany.
7. 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.**

Gmina obowiązana jest poinformować, w formie pisemnej lub innej ustalonej przez gminę, członka rodziny lub opiekuna osoby z niepełnosprawnością, o przyznaniu usługi opieki wytchnieniowej oraz o przyznanej formie świadczenia usług opieki wytchnieniowej, o wymiarze przyznanej usługi opieki wytchnieniowej, a także o prawach i obowiązkach wynikających   
z przyznania usług opieki wytchnieniowej lub poinformować o odmowie jej przyznania wraz   
z uzasadnieniem.

**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 (zał nr 7 do Programu).
* kserokopię aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności.

**Oświadczenie członka rodziny/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 wskazuję kandydata do świadczenia usług opieki wytchnieniowej\*,

\***Usługa opieki wytchnieniowej może być świadczona przez osoby niebędące członkami rodziny[[2]](#footnote-2) osoby z niepełnosprawnością, opiekunami osoby z niepełnosprawnością lub osobami faktycznie zamieszkującymi razem z osobą z niepełnosprawnością, które**:

1. posiadają dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie: asystent osoby niepełnosprawnej, pielęgniarka, siostra PCK, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, fizjoterapeuta, lub
2. posiadają, co najmniej 6-miesięczne udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami, w tym np. doświadczenie zawodowe, doświadczenie w udzielaniu wsparcia osobom z niepełnosprawnościami   
   w formie wolontariatu itp., lub
3. zostaną wskazane przez uczestnika Programu w Karcie zgłoszenia do Programu (zał. nr 7 do Programu).

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.

……….……………………….………….

*czytelny podpis członka rodziny/opiekuna*

**Klauzula informacyjna w ramach programu**

**„Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024**

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” i ustawą z dnia 10 maja 2018 r.   
o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1781), informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Jastkowie Sieprawice 24, 21-002 Jastków, tel. 81 50 20 477, e-mail: gops@jastkow.pl

1.1. We wszystkich sprawach dotyczących ochrony danych osobowych, mają Państwo prawo kontaktować się z naszym Inspektorem Ochrony Danych na adres e-mail: iod@jastkow.pl

2. Celem przetwarzania danych osobowych jest realizacja programu Ministra Rodziny   
i Polityki Społecznej (obecnie: Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej) „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, w tym rozliczenie otrzymanych środków z Funduszu Solidarnościowego.

3. 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 (obecnie: Ministra Rodziny, Pracy 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, 1407, 1429).

4. 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.

5. Źródłem pochodzenia danych osobowych mogą być wnioskodawcy, tj. osoby niepełnosprawne, rodzice i opiekunowie osób niepełnosprawnych oraz osoby zatrudnione/świadczące/realizujące usługi opiekuna wytchnieniowego.

6. 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 Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Jastkowie, w szczególności dane osób świadczących/realizujących usługi opiekuna wytchnieniowego na rzecz uczestników Programu lub opiekunów prawnych mogą być udostępniane Ministrowi Rodziny i Polityki Społecznej (obecnie: Ministrowi Rodziny, Pracy   
i Polityki Społecznej) lub Wojewodzie Lubelskiemu m.in. do celów sprawozdawczych, czy kontrolnych.

7. 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).

8. 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.

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.

……………………………………….……….

*data i podpis członka rodziny/opiekuna*

*W przypadku udostępniania Ministrowi Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej danych osób fizycznych, Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Jastkowie zrealizuje w imieniu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej obowiązek wynikający z art. 14 RODO i poinformuje te osoby o przetwarzaniu ich danych przez Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.*

*Klauzulę Ministra Rodziny i Polityki Społecznej (obecnie: Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej)* *stanowi załącznik nr 11 do Programu*.

1. *Niepotrzebne skreślić*  [↑](#footnote-ref-1)
2. *Za członków rodziny uznaje się: wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, zięcia, synową, macochę, ojczyma, oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z osobą   
   z niepełnosprawnością.*  [↑](#footnote-ref-2)