

Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa – edycja 2022”

(OW edycja 2022)

realizowanego ze środków Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych, zwanego dalej „Funduszem Solidarnościowym” realizowanego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Jaworznie

I. Dane osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej (opiekuna prawnego/członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej) :

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 mózgowe; 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 wsparcie:

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 z niepełnosprawnością w zakresie komunikowania się lub poruszania się (wypełnia opiekun/członek rodziny, który ubiega się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej) :

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

dzienna, miejsce _____

*

całodobowa, miejsce _____

*

w godzinach _____

w dniach _____

IV. Oświadczenia:

1. Oświadczam, że osoba niepełnosprawna, w związku z opieką nad którą ubiegam się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej) posiada ważne orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności/orzeczenie traktowane na równie do orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub że dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności**

2. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług asystenckich 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 2022, w tym zapisami dot. przetwarzania danych osobowych.

4. Oświadczam, że zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a oraz art. 9 ust. 2 lit. a 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 (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1, z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” edycja 2022.

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 2022:

- 1) świadczenia usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego w: miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością, ośrodka wsparcia lub innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu, które otrzyma pozytywną opinię realizatora Programu.
- 2) świadczenia usługi opieki wytchnieniowej, w ramach pobytu całodobowego w: ośrodku wsparcia, w ośrodku/placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom z niepełnosprawnością wpisaną do rejestru właściwego wojewody lub w innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu, które otrzyma pozytywną opinię realizatora Programu.

Administratorami Pani/Pana danych osobowych są w zakresie realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa – edycja 2022” są: na poziomie województwa z dyspozycji Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej – Wojewoda Śląski, Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach, ul. Jagiellońska 25, 40-032 Katowice, tel. 32 20 77 777. Kontakt do IOD: iod@katowice.uw.gov.pl; na poziomie gminy z dyspozycji Wojewody – Prezydent Miasta Jaworzna, Urząd Miasta Jaworzna, ul. Grunwaldzka 33, 43-600 Jaworzno (kontakt do IOD – iod@um.jaworzno.pl) oraz z dyspozycji Prezydenta Miasta Jaworzna – Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Jaworznie, ul. Północna 9, 43-600 Jaworzno, tel. (0-32) 618-18-40, e-mail: projekty@mops.jaworzno.pl. Kontakt do IOD: angelika@informatics.jaworzno.pl. Obowiązku informacyjnego wynikającego z art. 13 i 14 RODO dopełniono w regulaminie programu w formie papierowej dostępnej w siedzibie MOPS w Jaworznie oraz formie elektronicznej na stronie www podmiotu.