

Deklaracja uczestnictwa w Programie „Opieka wytchnieniowa”- edycja 2024

DANE OSOBOWE KANDYDUJĄCEGO DO PROGRAMU		
1.	Imię i nazwisko:	
2.	Adres zamieszkania:	
3.	PESEL:	
4.	Data urodzenia:	
5.	Telefon:	
POTWIERDZENIE SPEŁNIENIA WARUNKÓW KWALIFIKOWALNOŚCI DO PROGRAMU		
6.	<p>Oświadczam, że jestem członkiem rodziny lub opiekunem sprawującym bezpośrednią opiekę nad:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ dziećmi do ukończenia 16 roku życia, posiadającymi orzeczenie o niepełnosprawności, lub ➤ osobami posiadającymi orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie równoważne do wyżej wymienionego¹, - które wymagają usług opieki wytchnieniowej. 	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
7.	Oświadczam, że zamieszkuję we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą z niepełnosprawnością, która wymaga stałej opieki w zakresie potrzeb życia codziennego.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
WYBRANA FORMA USŁUGI W RAMACH PROGRAMU		
8.	<p style="text-align: center;">Zgłaszam chęć udziału w następującej formie usługi:</p> <p><i>* należy wybrać tylko jedną formę usługi</i></p>	<p><input type="checkbox"/> świadczenie usługi opieki wytchnieniowej w ramach <u>POBYTU DZIENNEGO</u> w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością.</p> <p><i>* w przypadku wyboru tej formy wsparcia, należy uzupełnić dane w TABELI „A”</i></p> <p><input type="checkbox"/> świadczenie usługi opieki wytchnieniowej w ramach <u>POBYTU CAŁODOBOWEGO</u> w ośrodku/placówce wpisanej do rejestru właściwego wojewody, zapewniającej całodobową opiekę osobom z niepełnosprawnościami.</p> <p><i>* w przypadku wyboru tej formy wsparcia, należy uzupełnić dane w TABELI „B”</i></p>

TABELA „A”

DANE OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ, NAD KTÓRĄ SPRAWOWANA JEST OPIEKA, DOTYCZĄCE USŁUGI OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ <u>W FORMIE POBYTU DZIENNEGO</u>		
1.	Imię i nazwisko:	
2.	PESEL:	
3.	<p style="text-align: center;">WIEK:</p> <p><i>* należy wskazać wiek na moment przystąpienia do Programu</i></p>	<input type="checkbox"/> dziecko do ukończenia 16 roku życia; <input type="checkbox"/> osoba powyżej 16 roku życia.
4.	Stopień i rodzaj niepełnosprawności:	

¹ Zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych

5.	Adres zamieszkania:	
6.	Adres miejsca, w którym ma być sprawowana opieka:	
7.	Wnioskowana liczba godzin sprawowania opieki - miesięcznie wraz z określeniem dni tygodnia:	

TABELA „B”

DANE OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ, NAD KTÓRĄ SPRAWOWANA JEST OPIEKA, DOTYCZĄCE USŁUGI OPIEKI WYTCHEŃNIOWEJ <u>W FORMIE POBYTU CAŁODOBOWEGO</u>		
1.	Imię i nazwisko:	
2.	PESEL:	
3.	WIEK: <i>* należy wskazać wiek na moment przystąpienia do Programu</i>	<input type="checkbox"/> osoba do ukończenia 18 roku życia; <input type="checkbox"/> osoba powyżej 18 roku życia.
4.	Stopień i rodzaj niepełnosprawności:	
5.	Adres zamieszkania:	
6.	Adres ośrodka/placówki, do której ma być skierowana osoba:	
7.	Wnioskowana liczba dni skierowania do ośrodka/placówki:	

Ja, niżej podpisany/-a dobrowolnie deklaruje i zgłaszam chęć udziału w Programie „Opieka wytchnieniowa”-edycja 2024 oraz oświadczam, że:

1. Zapoznałem/am się z Regulaminem uczestnictwa w Programie, w pełni akceptuję jego treść i zobowiązuje się do przestrzegania jego zapisów: *(wstawić x)*

- Tak
 Nie

2. Oświadczam, że: *(wstawić x)*

- korzystam
 nie korzystam

z innych form usług, w szczególności usług opiekuńczych bądź specjalistycznych usług opiekuńczych.

Jeżeli tak, to proszę podać z jakich _____

3. Oświadczam, że sprawuję bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, **która stale przebywa w domu:**

- Tak
 Nie

osoba z niepełnosprawnością jest uczestnikiem/korzysta z usług: _____

(należy wpisać np. WTZ, ŚDS lub inny ośrodek/placówkę)

4. Zostałem/am poinformowany/a, że korzystanie z usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu jest bezpłatne.

Jednocześnie zobowiązuję się do:

- a) udziału we wszystkich zaplanowanych usługach - w dniach i w godzinach wskazanych przez Realizatora;

- b) systematycznego i rzetelnego wypełniania dokumentów związanych z realizacją Programu;
 - c) niezwłocznego informowania o wszelkich zmianach i okoliczności mogących mieć wpływ na realizację Programu.
5. Przyjmuję do wiadomości, że podane dane osobowe są przetwarzane wyłącznie w celu realizacji obowiązków związanych z realizacją Programu w szczególności do potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielania usługi, monitoringu, kontroli i sprawozdawczości. Podanie danych osobowych kandydującego, uczestniczącego czy też osoby z niepełnosprawnością, nad którą sprawowana jest opieka jest dobrowolne, lecz niezbędne do uczestnictwa w Programie. Odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia usługi.
6. Przyjmuję do wiadomości, że administratorami moich danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Jaworznie z siedzibą przy ul. Północna 9b, 43-600 Jaworzno, NIP:6320008213, REGON: 003451016, tel. (0-32) 618-18-40, fax (0-32) 618-18-41, strona internetowa: www.mops.jaworzno.pl, e-mail: mops@mops.jaworzno.pl., który w zakresie realizacji świadczeń związanych z wykonaniem przedmiotu umowy, realizacji obowiązków wynikających z umowy, rozliczenia otrzymanych środków z Funduszu lub wypełniania obowiązku prawnego na poziomie gminy działa z dyspozycji Urzędu Miasta Jaworzno, ul. Grunwaldzka 33, 43-600 Jaworzno. We wszelkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych można uzyskać informację, kontaktując się z Inspektorem Ochrony Danych w następującej formie: za pośrednictwem poczty elektronicznej, przysyłając informację na adres e-mail: angelika@informatics.jaworzno.pl oraz iod@um.jaworzno.pl lub listownie i osobiście pod adresami korespondencyjnymi wskazanymi powyżej.
- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest również Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej z/s w Warszawie (00-513), ul. Nowogrodzka 1/3/5, NIP: 5262895101, REGON: 015725935, tel. (22) 661 10 00, z którego dyspozycji w zakresie realizacji świadczeń związanych z wykonaniem przedmiotu umowy, realizacji obowiązków wynikających z umowy, rozliczenia otrzymanych środków z Funduszu lub wypełniania obowiązku prawnego na poziomie województwa działa Wojewoda Śląski, Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach, ul. Jagiellońska 25, 40-032 Katowice, tel. 32 20 77 777. We wszelkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych można uzyskać informację, kontaktując się z Inspektorem Ochrony Danych w następującej formie: za pośrednictwem poczty elektronicznej, przysyłając informację na adres e-mail: iodo@mriips.gov.pl oraz iod@katowice.uw.gov.pl lub listownie i osobiście pod adresami korespondencyjnymi wskazanymi powyżej.

Pełnego obowiązku informacyjnego wynikającego z art. 13 i art. 14 RODO dopełniono w regulaminie programu w formie papierowej dostępnej w siedzibie MOPS w Jaworznie oraz formie elektronicznej na stronie w/w podmiotu.

Uprzedzony(a) o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 §1 kodeksu karnego za składanie fałszywych oświadczeń², oświadczam że dane zawarte w deklaracji jak również w pozostałych dokumentach rekrutacyjnych w ramach realizacji projektu są zgodne z prawdą.

Miejscowość _____ data _____

*Podpis Kandydującego tj. opiekuna prawnego
lub członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością*

² Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznając nieprawdę lub zatając prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8 (Ustawa z dnia 19 kwietnia 1969 r. Kodeks karny).

Wyciąg z Kodeksu Postępowania Administracyjnego (t. j. Dz. U. z 2023r., poz. 775) art. 75 § 2 : „Jeśli przepis prawa nie wymaga urzędowego potwierdzenia określonych faktów lub stanu prawnego w drodze zaświadczenia właściwego organu administracji, organ administracji publicznej odbiera od strony, na jej wniosek, oświadczenie złożone pod rygorem odpowiedzialności za fałszywe zeznania.”