

Zarządzenie nr 8/2025
Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Słupsku
z dnia 26 lutego 2025 roku

w sprawie wprowadzenia regulaminu rekrutacji i udziału w Programie „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Słupsku

Na podstawie § 7 ust. 1 pkt 3 Regulaminu Organizacyjnego Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Słupsku, nadanego uchwałą nr 121/2017 Zarządu Powiatu Słupskiego z dnia 28 grudnia 2017 roku

zarządzam co następuje:

§ 1

Wprowadza się regulamin rekrutacji i udziału w Programie „Opieka Wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Słupsku, który stanowi załącznik do niniejszego zarządzenia.

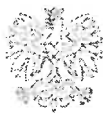
§2

Wykonanie zarządzenia powierza się aspirantowi pracy socjalnej.

§ 3

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podjęcia.

DYREKTOR
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Słupsku
mgr Urszula Dąbrowska



Regulamin rekrutacji i udziału w Programie „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Słupsku

§ 1

Postanowienia ogólne

1. Świadczenie usługi opieki wychnieniowej odbywa się w oparciu o Program Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, zwanym dalej Programem, finansowany w całości ze środków Funduszu Solidarnościowego, który ma na celu wsparcie opiekunów zastępczych oraz prowadzących rodzinne domy dziecka, którzy mają pod swoją opieką dzieci z niepełnosprawnościami, zamieszkujące w Powiecie Słupskim.
2. Niniejszy regulamin określa zasady rekrutacji do Programu „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 i realizacji świadczenia usługi opieki wychnieniowej przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Słupsku.
3. Regulamin określa prawa i obowiązki Uczestnika Programu oraz Beneficjenta.
4. Program Realizowany jest przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie do grudnia 2025 r.
5. Limit godzin usług opieki wychnieniowej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego przypadających na jedno dziecko z niepełnosprawnością w 2025 r. wynosi nie więcej niż 240 godzin usługi opieki wychnieniowej świadczonej w ramach pobytu dziennego.
6. Udział w Programie jest bezpłatny dla Uczestników Programu.
7. Definicje określeń użytych w Regulaminie:
 - 1) **Opiekun** – osoba sprawująca całodobową opiekę nad dzieckiem z niepełnosprawnością zamieszkującą z nią i pozostającą z nią we wspólnym gospodarstwie domowym.
 - 2) **Kandydat** – osoba ubiegająca się o uczestnictwo w programie na podstawie zasad ujętych w niniejszym Regulaminie.

- 3) **Komisja rekrutacyjna** – pracownicy Centrum powołani Zarządzeniem Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Słupsku.
- 4) **Program** – Program „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego.
- 5) **Uczestnik Programu** – bezpośredni opiekun dziecka z niepełnosprawnością, osoba zakwalifikowana do Programu zgodnie z zasadami ujętymi w niniejszym Regulaminie.
- 6) **Beneficjent** – Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Słupsku, ul. Sienkiewicza 20, 76-200 Słupsk.

§ 2

Adresaci Programu

1. Program adresowany jest do członków rodzin, opiekunów prawnych, opiekunów zastępczych lub prowadzących rodzinny dom dziecka, sprawujących bezpośrednią opiekę nad dziećmi od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadających orzeczenie o niepełnosprawności, które wymagają usług opieki wychnieniowej.
2. Usługi opieki wychnieniowej przysługują w przypadku zamieszkiwania członka rodziny lub opiekuna, o których mowa w ust. 1, we wspólnym gospodarstwie domowym z dzieckiem z niepełnosprawnością, które wymaga stałej opieki w zakresie potrzeb życia codziennego.

§ 3

Cele i założenia

1. Głównym celem Programu „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025 jest wsparcie członków rodzin lub opiekunów zastępczych lub prowadzących rodzinny dom dziecka sprawujących bezpośrednią opiekę nad dziećmi od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadających orzeczenie o niepełnosprawności.
2. Usługa opieki wychnieniowej ma za zadanie w odniesieniu do członków rodzin lub opiekunów dzieci z niepełnosprawnościami: czasowe odciążenie od codziennych obowiązków łączących się ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością, zapewnienie czasu na odpoczynek i regenerację.

§4

Zakres usług w ramach pobytu dziennego

1. Usługi opieki wytchnieniowej są świadczone w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością. Świadczenie usług opieki wytchnieniowej w innym miejscu niż miejsce zamieszkania dziecka z niepełnosprawnością może odbywać się jedynie za uprzednią zgodą powiatu oraz zgodnie z przestrzeganiem zapisów Programu Dział V ust. 14.
2. W ramach usługi opieki wytchnieniowej zapewniane jest okresowe wsparcie w zabezpieczeniu potrzeb dziecka z niepełnosprawnością, w zastępstwie członków rodzin lub opiekunów sprawujących na co dzień bezpośrednią opiekę.
3. Rodzaj i zakres godzinowy usług opieki wytchnieniowej powinien być uzależniony od osobistej sytuacji dziecka z niepełnosprawnością, z uwzględnieniem stopnia i rodzaju niepełnosprawności oraz potrzeb opiekunów w tym zakresie. W przypadku częstego korzystania z usług opieki wytchnieniowej powyżej 8 godzin dziennie, Beneficjent może zwrócić się do Uczestnika Programu o przedstawienie harmonogramu z planem korzystania z usług opieki wytchnieniowej w kolejnym miesiącu.
4. Usługi opieki wytchnieniowej mogą być realizowane w godzinach od 6:00 do 22:00 przez 7 dni w tygodniu.
5. W przypadku świadczenia usługi opieki wytchnieniowej w czasie, kiedy dziecko z niepełnosprawnością powinno przebywać w szkole lub przedszkolu, należy wraz z kartą rozliczeniową złożyć wyjaśnienia, uzasadniając powód, dla którego dziecko pozostało w domu oraz uzasadnić potrzebę korzystania w tym czasie z usług opieki wytchnieniowej.

§ 5

Kryteria uczestnictwa

1. Uczestnikiem Programu może zostać osoba, która spełnia następujące kryteria:
 - 1) Jest opiekunem prawnym/ członkiem rodziny/ opiekunem zastępczym dziecka z niepełnosprawnością zamieszkującym we wspólnym gospodarstwie domowym oraz sprawującym całodobową, bezpośrednią opiekę nad dziećmi od ukończenia 2. roku życia do 16. r. ż. z orzeczeniem o niepełnosprawności, które wymagają usługi opieki wytchnieniowej zamieszkałymi na terenie Powiatu Słupskiego.
 - 2) Złoży w siedzibie Centrum we wskazanym terminie wymagane dokumenty rekrutacyjne, tj.:
 - a) Kartę zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025, stanowiącą **załącznik nr 1 do Regulaminu**;

- kserokopię aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności;

b) Oświadczenie członka rodziny/opiekuna dziecka z niepełnosprawnością o zamieszkiwaniu we wspólnym gospodarstwie domowym z dzieckiem z niepełnosprawnością, która wymaga stałej opieki w zakresie potrzeb życia codziennego, stanowiący **załącznik nr 2 do Regulaminu**;

c) Oświadczenie uczestnika Programu o wyborze osoby, która będzie świadczyła usługi opieki wychowawczej, stanowiący **załącznik nr 3 do Regulaminu**;

d) Klauzula RODO stanowiąca **załącznik nr 4 do Regulaminu**.

2. W pierwszej kolejności uwzględnione zostaną potrzeby rodzin, w których jest więcej niż jedno dziecko niepełnosprawne, liczne rodziny oraz opiekunowie sprawujący bezpośrednią opiekę nad dzieckiem od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności, które:

1) ma niepełnosprawność sprzężoną/złożoną,

2) stale przebywa w domu, nie korzysta z ośrodków wsparcia.

Beneficjent przyznając usługi opieki wychowawczej będzie brał pod uwagę informacje na temat ograniczeń dziecka z niepełnosprawnością w zakresie komunikowania się i poruszania się, które wypełnia opiekun w karcie zgłoszenia do Programu, stan zdrowia, sytuację życiową uczestników Programu oraz informacje zawarte w orzeczeniu o niepełnosprawności dotyczące stałej lub długotrwałej opieki – czy wymaga.

Ze względu na ograniczenia dotyczące kwoty jaką Beneficjent otrzymał z Funduszu Solidarnościowego na realizację Programu, opiekun prawny może zgłosić tylko jedno dziecko z niepełnosprawnością.

3. Osoba wskazana przez opiekuna prawnego dziecka z niepełnosprawnością, która ma świadczyć usługi opieki wychowawczej nie może zamieszkiwać we wspólnym gospodarstwie domowym z dzieckiem zgłoszonym do Programu oraz prowadzić rodzinny dom dziecka lub być opiekunem zastępczym.

§ 6

Zasady rekrutacji

1. Beneficjent planuje w ramach realizowanego Programu objęcie wsparciem 22 osób, w tym **22 dzieci** z orzeczeniem o niepełnosprawności od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia, przy czym dopuszcza się sytuację, że ostateczna liczba osób zakwalifikowanych do Programu może ulec zmianie.
2. Dokumenty wymienione w § 5 w wersji papierowej w zamkniętej kopercie należy wysłać pocztą lub dostarczyć osobiście na adres Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Słupsku,

ul. Sienkiewicz 20, 76-200 Słupsk (pok. 4, lub w sekretariacie) od poniedziałku do piątku w godzinach od 7.30 do 15.30 w terminie **od 3 marca 2025 r. do 14 marca 2025 r.**

3. Dokumenty, o których mowa w § 5 muszą zostać opatrzone własnoręcznym podpisem opiekuna prawnego lub członka rodziny/opiekuna dziecka z niepełnosprawnością.
4. Karty zgłoszenia do Programu wraz z pozostałą dokumentacją rekrutacyjną będą rejestrowane.
5. Złożenie karty zgłoszenia do Programu wraz z innymi dokumentami wymaganymi przez Beneficjenta nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem Kandydata do Programu.
6. O zakwalifikowaniu do Programu Kandydaci/ Kandydatki zostaną powiadomieni przez Beneficjenta pisemnie.

§ 7

Warunki rezygnacji z uczestnictwa w programie

1. Rezygnacja z uczestnictwa w Programie może nastąpić w trakcie jego trwania w każdej chwili.
2. Każdy Uczestnik rezygnujący z udziału w Programie zobowiązany jest do złożenia pisemnej rezygnacji z podaniem powodu rezygnacji.

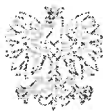
§ 8

Postanowienia końcowe

1. W godzinach realizacji usług opieki wytnieniowej nie mogą być świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, inne usługi finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie do usług opieki wytnieniowej finansowane ze środków publicznych.
2. W sprawach nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie zastosowanie mają zapisy Programu „Opieka wytnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.

Wykaz załączników do Regulaminu:

- *Załącznik nr 1* - Karta zgłoszenia do Programu Opieka wychnieniowa dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025;
- *Załącznik nr 2* - Oświadczenie opiekuna dziecka z niepełnosprawnością o zamieszkiwaniu we wspólnym gospodarstwie domowym;
- *Załącznik nr 3* - Oświadczenie uczestnika Programu o wyborze osoby świadczącej usługę Opieki wychnieniowej;
- *Załącznik nr 4* – Klauzula RODO.



**Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu
Terytorialnego – edycja 2025**

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

Imię i nazwisko:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Telefon:

.....

E-mail:

.....

Data urodzenia:

.....

II. Dane dotyczące osoby z niepełnosprawnością, w związku z opieką nad którą, członek rodziny/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, w tym utrzymanie higieny osobistej **Tak**☐**/Nie**☐.
2. prowadzenie gospodarstwa domowego i wypełnianie ról w rodzinie **Tak**☐**/Nie**☐.
3. przemieszczanie się poza miejscem zamieszkania **Tak**☐**/Nie**☐.
4. podejmowanie aktywności życiowej i komunikowanie się z otoczeniem **Tak**☐**/Nie**☐.

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

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

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

☐ dzienna, miejsce wraz z adresem

..... *

☐ całodobowa, miejsce wraz z adresem

..... *

☐ w godzinach

.....

☐ w dniach

.....

III. Wskazanie osoby, która będzie świadczyła usług opieki wytchnieniowej

Czy wskazuje Pan(i) osobę niebędącą członkiem rodziny osoby z niepełnosprawnością, opiekunem osoby z niepełnosprawnością lub osobą faktycznie zamieszkującą razem z osobą z niepełnosprawnością, która będzie świadczyła, za uprzednią zgodą gminy/powiatu, w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością albo innym miejscu wskazanym przez Pana(ią) lub realizatora Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, usług opieki wytchnieniowej?

Tak ☐ / Nie ☐

Jeżeli **Tak**, proszę podać imię i nazwisko tej osoby oraz numer telefonu:

.....

IV. Oświadczenia:

1. Oświadczam, że osoba z niepełnosprawnością w związku z opieką nad którą, ubiegam się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej posiada ważne orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności/orzeczenie traktowane na równi do orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2024 r. poz. 44, z późn. zm.)/ jest dzieckiem od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności**.
2. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług opieki wytchnieniowej oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowania przez gminę/powiat, która/który realizuje Program „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, 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” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.
4. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.
5. Oświadczam, że w godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego nie będą świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1283, z późn. zm.), inne usługi finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie do usług opieki wytchnieniowej finansowane ze środków publicznych.
6. Oświadczam, że aktualnie uczestniczę/nie uczestniczę*** bądź uczestniczyłem/ nie uczestniczyłem*** w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 lub innym programie resortowym Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w 2025 r. w zakresie usług opieki wytchnieniowej, w tym w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025. W ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 i/lub innego programu resortowego Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w 2025 r. w zakresie usług opieki wytchnieniowej, w tym w Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji

Pozarządowych – edycja 2025 przyznano mi (wpisać liczbę godzin/dni)
godzin/dni opieki wytchnieniowej.

7. W przypadku wskazania w dziale III niniejszej Karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 osoby, która będzie świadczyła usług opieki wytchnieniowej oświadczam, że osoba ta przygotowana jest do świadczenia usług opieki wytchnieniowej.

Miejscowość, data

.....
Podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług opieki wytchnieniowej.

.....
Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie

* Należy wpisać miejsce wymienione w treści Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025:

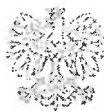
- 1) świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego:
 - a) ośrodek wsparcia,
 - b) dom pomocy społecznej świadczący usługi wsparcia krótkoterminowego w formie dziennej,
 - c) dom pomocy społecznej prowadzony przez podmioty niepubliczne, o których mowa w art. 57 ust. 1 pkt 2-4 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. 2024, poz. 1283 z późn. zm.),
 - d) w przypadku braku możliwości realizacji opieki wytchnieniowej w miejscach, o których mowa w lit. a-c, istnieje możliwość zrealizowania opieki wytchnieniowej w centrum opiekuńczo-mieszkalnym (COM), na zasadach określonych w poszczególnych edycjach Programu Centra Opiekuńczo-Mieszkalne,
 - e) za uprzednią zgodą gminy/powiatu, miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
 - f) za uprzednią zgodą gminy/powiatu, inne miejsce wskazane przez uczestnika Programu lub realizatora Programu, spełniające kryteria dostępności, o których mowa w ustawie

z dnia z 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2022 r. poz. 2240 z późn. zm.);

- 2) świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu całodobowego:
- a) mieszkanie treningowe lub wspomagane (wyłącznie osoby pełnoletnie),
 - b) ośrodek wsparcia,
 - c) rodzinny domu pomocy,
 - d) dom pomocy społecznej świadczący usługi wsparcia krótkoterminowego w formie pobytu całodobowego,
 - e) dom pomocy społecznej prowadzony przez podmioty niepubliczne, o których mowa w art. 57 ust. 1 pkt 2-4 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,
 - f) placówka zapewniająca całodobową opiekę, o której mowa w ustawie z dnia z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,
 - g) w przypadku braku możliwości realizacji opieki wytchnieniowej w miejscach, o których mowa w lit. a-f, istnieje możliwość zrealizowania opieki wytchnieniowej w centrum opiekuńczo-mieszkalnym (COM), w przypadku posiadania wolnych miejsc,
 - h) za uprzednią zgodą gminy/powiatu, miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
 - i) za uprzednią zgodą gminy/powiatu, inne miejsce wskazane przez uczestnika Programu lub realizatora Programu, spełniające kryteria dostępności, o których mowa w ustawie z dnia z 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2022 r. poz. 2240).

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

*** odpowiednie skreślić.



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

*Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji
i udziału w Programie „Opieka wychowawcza”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025*

.....
Miejscowość, data

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

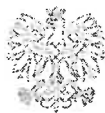
Dane uczestnika Programu

O Ś W I A D C Z E N I E

(dot. zgłoszenia do Programu „Opieka wychowawcza” – dla Jednostek Samorządu Terytorialnego –
edycja 2025)

Oświadczam, że zamieszkuję we wspólnym gospodarstwie domowym z dzieckiem
z niepełnosprawnością.....
które wymaga stałej opieki w zakresie życia codziennego.

.....
Podpis opiekuna dziecka z niepełnosprawnością



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

*Załącznik nr 3 do Regulaminu rekrutacji
i udziału w Programie „Opieka wychnieniowa”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025*

.....
Miejscowość, data

.....
.....
.....
Dane wnioskodawcy

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU „OPIEKA WYCHNIENIOWA” – dla
Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**

Oświadczam, że wybieram osobę, która będzie świadczyła usługi opieki wychnieniowej na dziecko z niepełnosprawnością -.....

Imię i nazwisko :
Telefon :

W/w osoba nie zamieszkuje razem ze mną i z dzieckiem z niepełnosprawnością zgłoszonym do Programu Opieka wychnieniowa oraz nie jest spokrewniona z w/w dzieckiem z niepełnosprawnością.

.....
Podpis uczestnika Programu



**Klauzula informacyjna
dla osób deklarujących udział w Programie „Opieka wychnieniowa” – edycja 2025**

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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.Urz. UE L 2016, Nr 119, s.1) informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Słupsku, ul. Sienkiewicza 20, 76-200 Słupsk.

Kontakt:

- bezpośrednio, po wcześniejszym ustaleniu terminu, w siedzibie PCPR;
- korespondencyjnie: ul. Sienkiewicza 20, 76-200 Słupsk;
- poprzez ePUAP: /PCPR_Słupsk/SkrytkaESP;
- e – doręczenia: AE:PL-47725-83721-CVVHC-19
- telefonicznie: 59 841 43 11; - e-mail: sekretariat@pcpr.slupsk.pl.

2. Inspektor Ochrony Danych

Kontakt:

korespondencyjnie: ul. Sobieskiego 30a/14, 76-200 Słupsk;
telefonicznie: 600 937 160;
e-mail: rodo@mokar.com.pl.

3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celach dotyczących zadania realizowanego w interesie publicznym, realizacji świadczeń związanych z wykonaniem przedmiotu umowy/Programu, realizacji obowiązków wynikających z umowy/Programu, rozliczenia otrzymanych środków Funduszu oraz wypełniania obowiązku prawnego.
4. Przystąpienie do Programu jest dobrowolne. W przypadku deklaracji uczestnictwa podanie niezbędnych danych osobowych w powyższych celach jest konieczne.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do czasu jaki jest niezbędny do tego, aby osiągnąć założony cel przetwarzania danych. **W przypadku braku finansowania Programu i braku jego realizacji, dane osobowe osób deklarujących chęć skorzystania z Programu będą niezwłocznie usunięte.**
6. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych mogą być jedynie podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa w tym między innymi właściwy Minister oraz Wojewoda, a także podmioty uczestniczące w realizacji Programu, z którymi Administrator podpisuje stosowne umowy i porozumienia.
7. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu, w zakresie przewidzianym w szczegółowych przepisach prawa, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie, w przypadkach gdzie była wyrażana zgoda na przetwarzanie danych osobowych bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
8. Posiada Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
9. Administrator dokłada wszelkich starań, aby zapewnić wszelkie środki fizycznej, technicznej i organizacyjnej ochrony danych osobowych przed ich przypadkowym czy umyślnym zniszczeniem, przypadkową utratą, zmianą, nieuprawnionym ujawnieniem, wykorzystaniem czy dostępem, zgodnie ze wszystkimi obowiązującymi przepisami.