

**ZARZĄDZENIE NR 45/2026
PREZYDENTA MIASTA SIERADZA**

z dnia 24 lutego 2026 r.

**w sprawie wprowadzenia Regulaminu określającego zasady przyjmowania zgłoszeń, kwalifikacji
uczestników i realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego
– edycja 2026 w gminie Miasto Sieradz**

Na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2025 poz. 1153, 1436), pkt 5 ust.30 Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej oraz w wykonaniu uchwały Nr XXVI/216/2025 Rady Miejskiej w Sieradzu z dnia 29 grudnia 2025 r. w sprawie przystąpienia do realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 zarządza się, co następuje:

§ 1. Wprowadza się Regulamin określający zasady przyjmowania zgłoszeń i realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 w gminie Miasto Sieradz, który stanowi załącznik do zarządzenia.

§ 2. Wykonanie zarządzenia powierza się Naczelnikowi Edukacji i Spraw Społecznych Urzędu Miasta Sieradza.

§ 3. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podjęcia i obowiązuje do dnia zakończenia realizacji Programu.

Prezydent Miasta Sieradza

Paweł Osiewała

Regulamin określający zasady przyjmowania zgłoszeń, kwalifikacji uczestników i realizacji Programu „Opieka wytnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 w gminie Miasto Sieradz

§ 1. Słowniczek

- 1) **Program** – resortowy program Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytnieniowa” – edycja 2026;
- 2) **Usługa** – usługi opieki wytnieniowej realizowane na rzecz członka rodziny lub opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad osobą niepełnosprawną;
- 3) **Opiekun** – osoba świadcząca Usługę;
- 4) **Kandydat** – osoba ubiegająca się o uczestnictwo w Programie;
- 5) **Uczestnik** – osoba zakwalifikowana do Programu;
- 6) **Realizator** – Urząd Miasta Sieradza, Plac Wojewódzki 1, 98-200 Sieradz;
- 7) **Członkowie rodziny** – wstępni oraz zstępni, krewnych w linii bocznej, małżonek, wstępnych oraz zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę, ojczyrna oraz osoba pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem;
- 8) **Regulamin** - Regulamin określający zasady przyjmowania zgłoszeń i realizacji Programu „Opieka wytnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.

§ 2. Postanowienia ogólne

1. Niniejszy Regulamin określa zasady przyjmowania zgłoszeń i realizacji Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej pn. „Opieka wytnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026.

2. Program Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej pn.: „Opieka wytnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 ma na celu wsparcie członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad:

- 1) dziećmi od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadającymi orzeczenie o niepełnosprawności lub
 - 2) osobami niepełnosprawnymi posiadającymi:
 - a) orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo
 - b) orzeczenie traktowane 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 zatrudnianiu osób niepełnosprawnych
- poprzez umożliwienie uzyskania doraźnej, czasowej pomocy w formie usługi opieki wytnieniowej, tj. odciążenia od codziennych obowiązków łączących się ze sprawowaniem opieki nad osobą z niepełnosprawnością przez zapewnienie czasowego zastępstwa w tym zakresie. Dzięki temu wsparciu, osoby zaangażowane na co dzień w sprawowanie opieki nad osobą z niepełnosprawnością dysponować będą czasem, który mogą przeznaczyć na odpoczynek i regenerację, jak również na załatwienie niezbędnych spraw życiowych. Usługi opieki wytnieniowej mogą służyć również okresowemu zabezpieczeniu potrzeb osoby z niepełnosprawnością w sytuacji, gdy członkowie rodzin lub opiekunowie z różnych powodów nie będą mogli wykonywać swoich obowiązków.

3. Realizatorem Programu jest Urząd Miasta Sieradza zgodnie z uchwałą XXVI/216/2025 Rady Miejskiej w Sieradzu z dnia 29 grudnia 2025 r. w sprawie przystąpienia do realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026.

4. Program jest kierowany dla członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością zamieszkujących na terenie gminy Miasto Sieradz.

5. W ramach Programu planuje się objęcie wsparciem 10 osób z zastrzeżeniem § 4 ust.1.

6. Program będzie realizowany w okresie od marca do listopada 2026 r.

§ 3. Kryteria uczestnictwa

Uczestnikiem Programu może zostać osoba, która spełnia następujące kryteria:

- 1) zamieszkuje na terenie miasta Sieradza;
- 2) jest członkiem rodziny lub opiekunem wspólnie zamieszkującym i sprawującym bezpośrednią opiekę nad dzieckiem (od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia) posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności albo jest członkiem rodziny lub opiekunem wspólnie zamieszkującym i sprawującym bezpośrednią opiekę nad osobą legitymującą się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności albo traktowanym na równi z orzeczeniami wyżej wymienionymi, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
- 3) spełni poniższe wymagania formalne i dostarczy do Urzędu Miasta Sieradza we wskazanym w § 4 ust. 3 terminie wymagane dokumenty rekrutacyjne:
 - a) kartę zgłoszenia do Programu, *stanowiącą załącznik nr 7 do Programu*;
 - b) kserokopię aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności;
 - c) oświadczenie o braku pokrewieństwa pomiędzy uczestnikiem a Opiekunem, *stanowiące załącznik nr 1 do Regulaminu*;
 - d) oświadczenie o zapoznaniu się z Programem oraz niniejszym Regulaminem, *stanowiące załącznik nr 2 do Regulaminu*;
 - e) oświadczenie, *stanowiące załącznik nr 3 do Regulaminu*;
 - f) w przypadku świadczenia opieki wytchnieniowej nad dzieckiem (od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia) przedłożenie pisemnej akceptacji osoby opiekuna świadczącego opiekę wytchnieniową nad małoletnim dzieckiem ze strony rodzica/opiekuna małoletniego dziecka, *stanowiące załącznik nr 4 do Regulaminu*;
 - g) klauzulę informacyjną RODO, *stanowiącą załącznik nr 5 do Regulaminu*;
 - h) w przypadku świadczenia opieki wytchnieniowej nad dzieckiem (od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia) przedłożenie informacji z KRS w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego zgodnie z art. 21 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (Dz. U. z 2026 poz. 862 z późn.zm).

§ 4. Zasady rekrutacji

1. Realizator planuje w ramach realizowanego Programu objęcie wsparciem 10 osób, w tym:

- 1) 2 rodziców/opiekunów sprawujących opiekę nad dziećmi od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadającymi orzeczenie o niepełnosprawności;
- 2) 8 osób będących członkiem rodziny lub opiekunem sprawującym bezpośrednią opiekę nad osobą posiadającą orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności (w tym orzeczenia równoważne).

2. Liczba osób objętych wsparciem w ramach Programu, wskazana w ust. 1 w zależności od posiadanych środków może ulec zwiększeniu lub zmniejszeniu.

3. Dokumenty wymienione w § 3 pkt 3) lit. a-h należy złożyć w Urzędzie Miasta Sieradza, Plac Wojewódzki 1, 98-200 Sieradz w godzinach pracy Urzędu tj. od 7.30 do 15.30 lub za pośrednictwem operatora pocztowego **w terminie od dnia 04 marca 2026 r. do dnia 13 marca 2026 r.**

4. Zgłoszenia, które wpłyną przed i po terminie, o którym mowa w ust. 3 nie będą rozpatrywane.

5. W przypadku braku wystarczającej liczby Kandydatów, Realizator Programu zastrzega sobie prawo do przedłużenia terminu naboru do Programu.

6. Za datę złożenia dokumentów przyjmuje się datę wpływu dokumentów do Urzędu. Kolejność zgłoszeń Kandydatów do udziału w Programie nie ma wpływu na wynik naboru, przy czym obowiązuje termin, o którym mowa w ust. 3.

7. Dokumenty, o których mowa w § 3 pkt 3) lit. a-g muszą zostać opatrzone własnoręcznym podpisem Kandydata lub opiekuna prawnego.

8. Karty zgłoszenia do Programu wraz z pozostałą dokumentacją rekrutacyjną będą rejestrowane według kolejności zgłoszeń.

9. Złożenie karty zgłoszenia do Programu wraz z innymi dokumentami wymaganymi przez Beneficjenta nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem Kandydata do Programu.

10. Po przeprowadzaniu naboru nastąpi weryfikacja wniosków, sumowanie punktów i ustalanie listy rankingowej osób zakwalifikowanych do Programu oraz listy rezerwowej. Dla każdej z grup docelowych, wymienionych w ust. 1 będą prowadzone odrębne listy rankingowe i rezerwowe. Osoby z listy rezerwowej danej grupy docelowej mogą zostać zaproszone do udziału w Programie według pozycji zajmowanej na liście rezerwowej, w przypadku rezygnacji, skreślenia osoby z uczestnictwa lub pojawienia się możliwości zakwalifikowania większej niż zakładana liczba osób.

11. Realizator przyznaje usługi opieki wytchnieniowej na podstawie kompletnej dokumentacji zgłoszeniowej oraz bierze pod uwagę stan zdrowia i sytuację życiową uczestników Programu oraz osób z niepełnosprawnościami.

12. Realizator przyznając usługi opieki wytchnieniowej, w pierwszej kolejności uwzględni potrzeby:

- 1) członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, która stale przebywa w domu i nie korzysta np. z ośrodka wsparcia, z placówki pobytu całodobowego, z warsztatu terapii zajęciowej, szkoły i placówki o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2025 r., poz. 881 z późn.zm), nie uczy się lub nie studiuje;
- 2) nieaktywnych zawodowo członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, którzy mają ograniczone możliwości podejmowania aktywności zawodowej ze względu na konieczność opiekowania się osobą z niepełnosprawnością.

13. Weryfikacja, o której mowa w ust. 10 nastąpi według niżej wymienionych wartości punktowych:

- 1) członek rodziny lub opiekun sprawujący bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, **która stale przebywa w domu i nie korzysta np. z ośrodka wsparcia, z placówki pobytu całodobowego z warsztatu terapii zajęciowej, szkoły, nie uczy się lub nie studiuje – pkt 25;**
- 2) członek rodziny lub opiekun sprawujący bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, **nieaktywny zawodowo, który ma ograniczone możliwości podejmowania aktywności zawodowej ze względu na konieczność opiekowania się osobą z niepełnosprawnością – pkt 20;**
- 3) członek rodziny lub opiekun sprawujący bezpośrednią opiekę nad **więcej niż 1 osobą z niepełnosprawnością, samotnie gospodarujący** bez możliwości korzystania ze wsparcia bliskich – **pkt 16;**
- 4) członek rodziny lub opiekun sprawujący bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością **samotnie gospodarujący** i nie mający możliwości korzystania ze wsparcia bliskich – **pkt 14;**
- 5) członek rodziny lub opiekun sprawujący bezpośrednią opiekę nad **więcej niż 1 osobą z niepełnosprawnością w rodzinie – pkt 12;**
- 6) członek rodziny lub opiekun sprawujący bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością **nie poruszającą się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych (leżącą) – pkt 10;**
- 7) członek rodziny lub opiekun sprawujący bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością **poruszającą się w domu lub poza miejscem zamieszkania za pomocą sprzętów ortopedycznych – pkt 8;**

8) członek rodziny lub opiekun sprawujący bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością **nie korzystającą z innych form wsparcia** np. pomoc sąsiedzka, wolontariat, umowa cywilnoprawna – pkt 3;

9) członek rodziny lub opiekun sprawujący bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, **który nie korzystał w roku 2025 z usług opieki wytnieniowej** w ramach Programu oraz **z innych Programów tego typu** realizowanych przez Realizatora – pkt 2.

14. Weryfikacja informacji, zawartych w § 4 ust. 12 będzie oparta na złożonych oświadczeniach przez kandydata w karcie zgłoszenia lub/i za pomocą monitoringu w miejscu zamieszkania oraz na weryfikacji własnej Urzędu.

15. Wyznaczeni pracownicy Referatu Profilaktyki Zdrowotnej i Świadczeń Społecznych Urzędu Miasta Sieradza w składzie minimum trzech pracowników, pod przewodnictwem Naczelnika Wydziału Edukacji i Spraw Społecznych, biorąc pod uwagę sumę punktów, o których mowa w § 4 ust. 12 przygotowują Prezydentowi Miasta Sieradza propozycję wyboru Kandydatów zakwalifikowanych do Programu.

16. Do uczestnictwa w Programie zostaną zakwalifikowani Kandydaci, którzy uzyskają największą liczbę punktów w procesie rekrutacji. W przypadku Kandydatów posiadających taką samą liczbę punktów o zakwalifikowaniu decyduje Prezydent Miasta Sieradza.

17. Karta zgłoszenia podlega odrzuceniu, jeżeli nie spełnia warunków formalnych.

18. O przyznaniu usług opieki wytnieniowej oraz przyznanym wymiarze godzin usług opieki wytnieniowej w danym roku kalendarzowym lub o odmowie przyznania usług opieki wytnieniowej wraz z uzasadnieniem Realizator poinformuje kandydatów w formie pisemnej w terminie 14 dni od zakończenia rekrutacji.

19. Z przeprowadzonego naboru zostanie sporządzony protokół z wynikami oraz całą dokumentacją, który przekazany zostanie niezwłocznie Prezydentowi Miasta Sieradza. Decyzja Prezydenta o zakwalifikowaniu Kandydatów lub o odmowie ich zakwalifikowania jest ostateczna i nie przysługuje od niej odwołanie.

§ 5. Zakres usług opieki wytnieniowej

1. Usługi Opiekuna świadczącego usługi opieki wytnieniowej polegają na doraźnej, czasowej pomocy w formie usługi opieki wytnieniowej, tj. odciążenia od codziennych obowiązków łączących się ze sprawowaniem opieki nad osobą z niepełnosprawnością przez zapewnienie czasowego zastępstwa w tym zakresie. Dzięki temu wsparciu, osoby zaangażowane na co dzień w sprawowanie opieki nad osobą z niepełnosprawnością dysponować będą czasem, który mogą przeznaczyć na odpoczynek i regenerację, jak również na załatwienie niezbędnych spraw życiowych. Usługi opieki wytnieniowej mogą służyć również okresowemu zabezpieczeniu potrzeb osoby z niepełnosprawnością w sytuacji, gdy członkowie rodzin lub opiekunowie z różnych powodów nie będą mogli wykonywać swoich obowiązków.

2. Maksymalna długość nieprzerwanego świadczenia usługi opieki wytnieniowej wynosi 12 godzin na dobę, 7 dni w tygodniu, w godzinach od 6.00 – 22.00.

3. Usługi opieki wytnieniowej mogą świadczyć osoby niebędące członkami rodziny uczestnika, opiekunami prawnymi uczestnika lub osobami faktycznie zamieszkującymi razem z uczestnikiem:
1) posiadające dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie: asystent osoby niepełnosprawnej, pielęgniarka, siostra PCK, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy lub za zgodą realizatora Programu, w innych zawodach i specjalnościach o charakterze medycznym lub opiekuńczym, lub

2) posiadające co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami, np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w formie wolontariatu, lub

3) wskazane przez uczestnika lub jego opiekuna prawnego w Karcie zgłoszenia do Programu „Opieka wytnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026, *które wzór stanowi załącznik nr 7 do Programu.*

4. Posiadanie doświadczenia, o którym mowa w ust. 3 pkt 2, może zostać udokumentowane pisemnym oświadczeniem podmiotu, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami. 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.

5. W pierwszej kolejności, Opiekunem może zostać osoba wskazana przez uczestnika lub jego opiekuna prawnego, z uwzględnieniem postanowień ust. 3 pkt 3. Jeżeli Opiekun nie zostanie wskazany przez uczestnika lub jego opiekuna prawnego, Opiekuna wskazuje gmina, z uwzględnieniem postanowień ust. 3 pkt 1 lub 2.

6. Zakłada się, że jeden Opiekun może świadczyć usługi opieki wytchnieniowej nad jednym uczestnikiem Programu.

7. Za realizację usługi opieki wytchnieniowej w ramach Programu uczestnik nie ponosi odpłatności.

8. Realizator pokrywa wyłącznie koszty wynagrodzenia Opiekuna za wykonaną usługę opieki wytchnieniowej.

9. W godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej nie mogą być świadczone usługi opiekuńcze oraz specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, inne usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego albo PFRON lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, finansowane ze środków publicznych.

10. Limit godzin usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków Funduszu przypadających na jedną osobę z niepełnosprawnością w danym roku kalendarzowym wynosi nie więcej niż 240 godzin.

11. Realizując usługi Opiekun świadczący usługi opieki wytchnieniowej kieruje się zasadami:

- 1) akceptacji opartej na zasadach tolerancji, poszanowania godności swobody wyboru wartości i celów życiowych uczestnika Programu - indywidualizacji, podmiotowego podejścia z jej prawami i potrzebami;
- 2) prawa do samostanowienia, prawo do wolności i odpowiedzialności za swoje życie;
- 3) poufności, respektowania prywatności i nieujawniania informacji uzyskanych od uczestnika Programu bez jego wiedzy i zgody osobom trzecim (z wyłączeniem wyjątków wynikających z przepisów obowiązującego prawa);
- 4) neutralności, zachowanie bezstronności i niewyrażające ocen;
- 5) usługi opieki wytchnieniowej realizowane są niezależnie od poglądów i postaw przyjmowanych przez Opiekuna oraz odbiorców usług.

§ 6. Prawa i obowiązki Uczestnika Programu

1. Uczestnik Programu ma prawo do:

- 1) wymagania od Opiekuna jedynie tych zadań, które zostały uwzględnione w zakresie czynności w ramach świadczenia usług opieki wytchnieniowej;
- 2) bycia traktowanym przez Opiekuna z szacunkiem, z zachowaniem form grzecznościowych;
- 3) wymagania od Opiekuna świadczenia usług w sposób sumienny i staranny oraz wykonywania czynności zgodnie z zasadami bezpieczeństwa i higieny;
- 4) zachowania przez Opiekuna tajemnicy w zakresie danych i informacji oraz sytuacji zdrowotnej, życiowej i materialnej Uczestnika lub / i członków rodziny lub / i osób zamieszkujących wspólnie z Uczestnikiem;
- 5) otrzymywania informacji o nieobecności Opiekuna;
- 6) przekazywania uwag dotyczących sposobu realizacji i jakości świadczonych na jego rzecz usług oraz zgłaszania ich Opiekunowi oraz Realizatorowi Programu.

2. Uczestnik Programu jest zobowiązany do:

- 1) powiadomienia Realizatora Programu o wszelkich zmianach mających wpływ na prawo do korzystania z usługi Opiekuna albo na wymiar limitu godzin usługi opieki wytchnieniowej nie później niż w ciągu 7 dni od dnia nastąpienia zmiany;

- 2) współpracy z Realizatorem oraz Opiekunem przy realizacji usług opieki wytnieniowej w miarę jego możliwości;
- 3) traktowania Opiekuna z należyтым szacunkiem, z zachowaniem form grzecznościowych i zasad kultury osobistej;
- 4) umożliwienia opiekunowi wejścia do mieszkania w ustalonych godzinach realizacji usługi, jeżeli usługa opieki wytnieniowej ma być świadczona w mieszkaniu Uczestnika;
- 5) nieprzekraczania granic prywatności w relacjach z Opiekunem oraz niewykorzystywania relacji z Opiekunem do realizacji własnych interesów;
- 6) współpracy z Opiekunem bez względu na wygląd, pochodzenie, wiek, płeć itp;
- 7) potwierdzania własnoręcznym podpisem na karcie realizacji usług opieki wytnieniowej w ramach Programu, stanowiącej załącznik nr 8 do Programu oraz innych dokumentach związanych z uczestnictwem i korzystaniem z formy wsparcia wykonania usługi przez Opiekuna. W przypadku odmowy podpisania karty realizacji usługi Uczestnik jest obowiązany podać powód odmowy. Opiekun odnotowuje odmowę podpisania karty i powód odmowy;
- 8) niezwłocznego przekazania Opiekunowi informacji o planowanych, a także nieprzewidzianych nieobecnościach, powodujących brak możliwości realizacji usługi opieki wytnieniowej;
- 9) wyrażenia zgody przez Uczestnika na udzielanie informacji służących kontroli i monitoringu Programu oraz umożliwienie przeprowadzenia przez pracowników Urzędu wywiadu ewaluacji jakości świadczonych usług opieki wytnieniowej;
- 10) respektowania zasad Programu oraz niniejszego Regulaminu.

§ 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 daty oraz powodu rezygnacji.
3. Warunki rezygnacji przez Opiekuna ze świadczenia usług opieki wytnieniowej zostaną określone w umowie.

§ 8. Postanowienia końcowe

1. Program jest finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego.
2. Realizator nie ponosi odpowiedzialności za ewentualne szkody powstałe w trakcie świadczenia usług, które wynikają z działania osób trzecich, niezatrudnionych w celu świadczenia usług.
3. Realizator zastrzega sobie prawo do wprowadzenia zmian do regulaminu lub ujęcia w nim dodatkowych postanowień.
4. W sprawach nieuregulowanych niniejszym Regulaminem zastosowanie znajdują zapisy Programu.
5. Wszelkie zmiany niniejszego Regulaminu wymagają zachowania formy pisemnej.
6. Niniejszy Regulamin obowiązuje do dnia zakończenia realizacji Programu.
7. W sytuacji wystąpienia w trakcie realizacji zmian w zapisach Programu lub wystąpienia rozbieżności z zapisami niniejszego Regulaminu, zastosowanie mają zapisy Programu.

WZÓR

**Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego –
edycja 2026**

**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 ☐.

III. Informacja dotycząca indywidualnej sytuacji członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością:

W jakich bieżących czynnościach życia codziennego dotyczących zabezpieczenia potrzeb osoby z niepełnosprawnością, w szczególności wymagane jest wsparcie:

1. czynności samoobsługowe (np. utrzymanie higieny osobistej) **Tak ☐/Nie ☐**;
2. przemieszczanie się poza miejscem zamieszkania (np. spacer, udanie się do placówki zdrowia, sklepu, itp) **Tak ☐/Nie ☐**;
3. podejmowanie aktywności życiowej i komunikowanie się z otoczeniem **Tak ☐/Nie ☐**;
4. inne:
.....

Informacje na temat poziomu samodzielności osoby z niepełnosprawnością, nad którą członek rodziny/opiekun sprawuje opiekę, w tym 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):

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

Informacje na temat sytuacji członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością w odniesieniu do sprawowania bezpośredniej opieki nad osobą z niepełnosprawnością:

1. czy osoba z niepełnosprawnością, nad którą członek rodziny/opiekun sprawuje bezpośrednią opiekę stale przebywa w domu i nie korzysta np. z ośrodka wsparcia, z placówki pobytu całodobowego, z warsztatu terapii zajęciowej, szkoły i placówki, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2025 r. poz. 881), nie uczy się lub nie studiuje? **Tak**☐**/Nie**☐;
2. czy członek rodziny/opiekun osoby z niepełnosprawnością sprawujący bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością jest nieaktywny zawodowo i ma ograniczone możliwości podejmowania aktywności zawodowej ze względu na konieczność opiekowania się osobą z niepełnosprawnością? **Tak**☐**/Nie**☐.

Jeżeli **Tak**, proszę opisać powód, dla którego jest nieaktywny zawodowo:

.....

.....

.....

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

☐ dzienna, miejsce wraz z adresem

.....*

☐ całodobowa, miejsce wraz z adresem

.....*

☐ w godzinach

.....

☐ w dniach

.....

V. Wskazanie osoby, która będzie świadczyła usług opieki wytchnieniowej

Czy wskazuje Pan(i) osobę pełnoletnią, niebędącą członkiem rodziny osoby z niepełnosprawnością, opiekunem osoby z niepełnosprawnością lub osobą faktycznie zamieszkującą razem z osobą z

niepełnosprawnością, która będzie świadczyła, za uprzednią pisemną 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 2026, usług opieki wytchnieniowej?

Tak ☐ / **Nie** ☐

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

.....

VI. 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 2025 r. poz. 913) / 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 2026, 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 2026.
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 2026.
5. Oświadczam, że w godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej, finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego, wobec osoby z niepełnosprawnością objętej usługą opieki wytchnieniowej w związku z opieką nad którą, ubiegam się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej, nie będą świadczone inne formy pomocy usługowej, w tym:
 - 1) usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2025 r. poz. 1214),

2) usługi finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,

- o ile obejmują analogiczne wsparcie, o którym mowa w części V ust. 17 Programu, tj.

zastępowanie członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością, w bieżących czynnościach życia codziennego dotyczących zabezpieczenia potrzeb osoby z niepełnosprawnością, takich jak: w czynnościach samoobsługowych (np. utrzymanie higieny osobistej), w przemieszczaniu się poza miejsce zamieszkania (np. spacer, udanie się do placówki zdrowia, sklepu, itp), w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem, finansowane ze środków publicznych.

6. Oświadczam, że aktualnie uczestniczę/nie uczestniczę*** bądź uczestniczyłem/nie uczestniczyłem*** w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 lub innym programie resortowym Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w 2026 r. w zakresie usług opieki wytchnieniowej. W ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 i/lub innego programu resortowego Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w 2026 r. w zakresie usług opieki wytchnieniowej, przyznano mi(wpisać liczbę godzin/dób) godzin/dób usług opieki wytchnieniowej.
7. W przypadku wskazania w dziale V niniejszej Karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 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 2026:

- 1) świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego:
 - a) ośrodek wsparcia,
 - b) dla osoby pełnoletniej, dom pomocy społecznej świadczący usługi wsparcia krótkoterminowego w formie dziennej,
 - c) dla osoby pełnoletniej, 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, w przypadku posiadania warunków infrastrukturalnych i organizacyjnych, oraz gdy świadczenie usług opieki wytchnieniowej nie wpłynie negatywnie na usługi świadczone przez dom pomocy społecznej mieszkańcom domu,
 - 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 pisemną zgodą gminy/powiatu, miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
 - f) za uprzednią pisemną 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 2024 r. poz. 1411, z późn. zm.);
- 2) świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu całodobowego:
 - a) dla osoby pełnoletniej, mieszkanie treningowe lub wspomagane,
 - b) ośrodek wsparcia,
 - c) dla osoby pełnoletniej, rodzinny dom pomocy,
 - d) dla osoby pełnoletniej, dom pomocy społecznej świadczący usługi wsparcia krótkoterminowego w formie pobytu całodobowego,
 - e) dla osoby pełnoletniej, 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, w przypadku posiadania warunków infrastrukturalnych i organizacyjnych, oraz gdy świadczenie usług opieki wytchnieniowej nie wpłynie negatywnie na usługi świadczone przez dom pomocy społecznej mieszkańcom domu,
 - f) dla osoby pełnoletniej, 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 pisemną zgodą gminy/powiatu, miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
 - i) za uprzednią pisemną 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.

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

*** odpowiednie skreślić.

*Załącznik Nr 1 do Regulaminu określającego zasady przyjmowania zgłoszeń i zasady realizacji
Programu „Opieka wychnieniowa”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026*

Oświadczenie o braku pokrewieństwa pomiędzy uczestnikiem a wskazanym Opiekunem

Niniejszym oświadczam, że wskazany przeze mnie Opiekun

(imię i nazwisko)

nie jest członkiem mojej rodziny – wstępnym oraz zstępnym, krewnym w linii bocznej, małżonkiem, wstępnym oraz zstępnym małżonka, krewnym w linii bocznej małżonka, zięciem, synową, macochą, ojczymem oraz osobą pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobą pozostającą w stosunku przysposobienia ze mną.

.....

(Czytelny podpis kandydata na uczestnika lub opiekuna prawnego

albo osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie)

*Załącznik Nr 2 do Regulaminu określającego zasady przyjmowania zgłoszeń i zasady realizacji
Programu „Opieka wytchnieniowa”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026*

**Oświadczenie o zapoznaniu się z zasadami i warunkami udziału w Programie „Opieka
wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026**

Ja niżej podpisany/podpisana

(imię i nazwisko)

oświadczam, że zapoznałem/am się z Programem „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 oraz Regulaminem określającym zasady przyjmowania zgłoszeń i realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 w gminie Miasto Sieradz i zobowiązuję się do ich przestrzegania.

Zobowiązuję się poinformować o wszelkich zmianach mających wpływ na prawo do korzystania z usług opieki wytchnieniowej albo na wymiar limitu godzin usług opieki wytchnieniowej (np. utrata statusu osoby z niepełnosprawnością, zmiana stopnia niepełnosprawności, korzystanie w danym roku kalendarzowym z usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach innych programów Ministra dotyczących usług opieki wytchnieniowej), nie później niż w ciągu 7 dni od dnia nastąpienia zmiany.

.....

(Czytelny podpis kandydata na uczestnika lub opiekuna prawnego

albo osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie)

O Ś W I A D C Z E N I E

Ja niżej podpisana/y niniejszym oświadczam, że jestem:

1) członkiem rodziny lub opiekunem sprawującym bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, **która stale przebywa w domu i nie korzysta np. z ośrodka wsparcia, z placówki pobytu całodobowego z warsztatu terapii zajęciowej, szkoły, nie uczy się lub nie studiuje;**

☐

2) członkiem rodziny lub opiekunem sprawującym bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, **nieaktywnym zawodowo i mam ograniczone możliwości podejmowania aktywności zawodowej ze względu na konieczność opiekowania się osobą z niepełnosprawnością;**

☐

3) członkiem rodziny / opiekunem sprawującym bezpośrednią opiekę nad **więcej niż 1 osobą z niepełnosprawnością, samotnie gospodarującą** bez możliwości korzystania ze wsparcia bliskich

☐

4) członkiem rodziny / opiekunem sprawującym bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością **samotnie gospodarującą** i nie mającą możliwości korzystania ze wsparcia bliskich

☐

5) członkiem rodziny / opiekunem sprawującym bezpośrednią opiekę nad **więcej niż 1 osobą z niepełnosprawnością w rodzinie**

☐

6) członkiem rodziny / opiekunem sprawującym bezpośrednią opiekę nad **osobą z niepełnosprawnością nie poruszającą się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych**

☐

7) członkiem rodziny / opiekunem sprawującym bezpośrednią opiekę nad **osobą z niepełnosprawnością poruszającą się w domu lub poza miejscem zamieszkania za pomocą sprzętów ortopedycznych**

☐

8) członkiem rodziny / opiekunem sprawującym bezpośrednią opiekę nad **osobą z niepełnosprawnością nie korzystającą z innych form wsparcia** np. pomoc sąsiedzka, wolontariat, umowa cywilnoprawna

☐

9) członkiem rodziny / opiekunem sprawującym bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, który **nie korzystał w roku 2025 z usług opieki wychnieniowej w ramach Programu oraz z innych Programów tego typu realizowanych przez Realizatora.**

☐

.....
(Czytelny podpis kandydata na uczestnika lub opiekuna prawnego osoby małoletniej

albo osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie)

PISEMNA AKCEPTACJA

osoby Opiekuna świadczącego opiekę wychnieniową nad małoletnim dzieckiem

Ja niżej podpisany/a deklaruję udział w resortowym programie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej **„Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026**

oświadczam, że:

akceptuję Panią / Pana jako Opiekuna

(imię i nazwisko)

do świadczenia w ramach usług opieki wychnieniowej i opieki **nad osobą małoletnią z niepełnosprawnością (dzieckiem od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia)** moim synem / moją córką zamieszkałym/ą w Sieradzu przy ul. (imię i nazwisko dziecka)

.....

(Czytelny podpis kandydata na uczestnika lub opiekuna prawnego osoby małoletniej

albo osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie)

Klauzula informacyjna RODO

Zgodnie z wymogami 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) tzw. „RODO”), przedstawiamy zasady, na jakich odbywa się przetwarzania danych osobowych w Urzędzie Miasta Sieradza oraz prawa przysługujące osobom, których dane dotyczą.

1. Administratorem danych osobowych przetwarzanych w Urzędzie Miasta Sieradza jest Prezydent Miasta, działający w imieniu Gminy Miasto Sieradz - pl. Wojewódzki 1, 98- 200 Sieradz, um@umsieradz.pl.
2. Inspektor Ochrony Danych Urzędu Miasta Sieradza - Roman Wyrębski - dostępny jest pod adresem e-mail - iod@umsieradz.pl.
3. Podstawą, upoważniającą nas do przetwarzania większości Państwa danych są obowiązujące przepisy prawa, zawarte umowy oraz zgoda osoby, której dane dotyczą.
4. Państwa dane przetwarzane są jedynie w celu realizacji obowiązków wynikających z przepisów prawa, wypełnienia warunków umów, zawartych pomiędzy Gminą Miasto Sieradz a kontrahentami, oraz w celach określonych w udzielonych zgodach.
5. Przetwarzamy tylko te Państwa dane osobowe, które są konieczne do realizacji celu przetwarzania.
6. Odbiorcami Państwa danych mogą być tylko osoby i podmioty działające z polecenia administratora danych oraz organy władzy publicznej i podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej.
7. Państwa dane będą przechowywane do czasu ustania ich przydatności lub przez okres wymagany przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa.
8. Każda osoba, której dane dotyczą, ma prawo dostępu do jej danych oraz prawo do żądania sprostowania (poprawiania) danych osobowych – w przypadku gdy dane są nieprawidłowe lub niekompletne.
9. Osoba, której dane dotyczą, ma prawo do żądania usunięcia danych osobowych („bycia zapomnianym”) w przypadku, gdy:
 - wniosła sprzeciw wobec przetwarzania danych osobowych,
 - wycofała zgodę na przetwarzanie danych osobowych (w sytuacji, gdy przetwarzanie odbywa się wyłącznie w oparciu o zgodę)
 - dane osobowe przetwarzane są niezgodnie z prawem,
 - przepisy prawa nakazują usunięcie danych osobowych,
 - ustały cele, dla których dane zostały zebrane lub w inny sposób przetwarzane.
10. Osoba, której dane dotyczą, ma prawo żądać ograniczenia przetwarzania danych osobowych, w przypadku, gdy:
 - kwestionuje prawidłowość danych osobowych,

- przetwarzanie danych jest niezgodne z prawem, a ona sprzeciwia się usunięciu danych, żądając w zamian ich ograniczenia,

- ustalił cel przetwarzania, ale ona potrzebuje danych do ustalenia obrony lub dochodzenia roszczeń,

- wniosła sprzeciw wobec przetwarzania danych;

11. W przypadku, gdy przetwarzanie danych odbywa się na podstawie umowy lub na podstawie zgody oraz dane są przetwarzane w sposób zautomatyzowany, osoba, której dane dotyczą ma prawo do przenoszenia danych.

12. Z przyczyn związanych z jej szczególną sytuacją, osoba, której dane dotyczą, ma prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych, w sytuacji, gdy podstawą przetwarzania jest realizacja zadania w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej przez Administratora lub przetwarzanie jest niezbędne do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Administratora lub przez stronę trzecią.

13. Jeżeli przetwarzanie danych osobowych odbywa się wyłącznie na podstawie zgody, osoba, której dane dotyczą ma prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie to nie ma wpływu na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, z obowiązującym prawem.

14. W przypadku powzięcia informacji, że dane osobowe przetwarzane są niezgodnie z prawem, każdemu przysługuje prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

15. W sytuacji, kiedy podstawą przetwarzania danych osobowych jest zgoda osoby, której dane dotyczą, podanie danych osobowych Administratorowi ma charakter dobrowolny.

16. W przypadku, gdy przetwarzanie danych odbywa się na podstawie przepisów prawa lub umowy podanie danych osobowych jest konieczne. Odmowa skutkuje brakiem możliwości załatwienia sprawy.

17. Państwa dane osobowe nie będą profilowane, ale mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany.