

**Regulamin świadczenia usług transportu osób z niepełnosprawnościami z terenu Gminy
Miasto Ustka do specjalistycznych placówek służby zdrowia w Ustce, Lędowie i Słupsku
oraz na rehabilitację w Ustce.**

§ 1. Postanowienia ogólne

1. Regulamin określa zasady przyznawania i realizacji usługi transportu dla dorosłych mieszkańców miasta Ustka z orzeczoną niepełnosprawnością.
2. Usługa transportu skierowana jest do osób, które ze względu na swoją niepełnosprawność mają ograniczoną możliwość samodzielnego poruszania się i wymagają wsparcia w dotarciu do specjalistycznych placówek służby zdrowia.
3. Celem usługi jest umożliwienie dostępu do usług medycznych oraz zmniejszenie barier w dostępie do tych usług.

§ 2. Kryteria uprawniające do korzystania z usługi

1. Z usługi transportu mogą korzystać osoby spełniające następujące warunki:
 - 1) osoby dorosłe posiadające ważne orzeczenie o zaliczeniu do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności z symbolem przyczyny niepełnosprawności 04-O, 05-R lub 10-N.
 - 2) zamieszkujące na terenie miasta Ustka,
 - 3) wymagające transportu do specjalistycznych placówek służby zdrowia w Ustce, Lędowie i Słupsku oraz na rehabilitację w Ustce.
2. W szczególnie uzasadnionych, losowych przypadkach decyzję o przyznaniu wsparcia podejmuje Kierownik.

§ 3. Zasady składania wniosku o przyznanie transportu

1. Osoby zainteresowane usługą transportu zobowiązane są do złożenia formularza zgłoszeniowego w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Ustce (MOPS) ul. Wyszyńskiego

3, od poniedziałku do piątku w godz. 8.00 -15.00 (pokój nr 2) lub telefonicznie 59 815 43 95, za pośrednictwem E-PUAP lub e-doręczeń.

2. W przypadku telefonicznego zgłoszenia formularz zgłoszeniowy wypełnia pracownik MOPS, co potwierdza adnotacją w formularzu.
3. Do formularza zgłoszeniowego (wniosku) należy przedłożyć do wglądu orzeczenie o niepełnosprawności.
4. Zamówienie usługi należy zgłaszać z dwutygodniowym wyprzedzeniem przed planowaną wizytą w placówce zdrowia.
5. Osoba z niepełnosprawnością w pierwszej kolejności powinna ubiegać się o transport w placówce służby zdrowia (NFZ).
6. Wnioski będą rozpatrywane w kolejności wpływu, w terminie do 7 dni roboczych od daty złożenia wniosku.

§ 4. Organizacja transportu

1. Transport będzie realizowany przez pojazdy specjalistyczne przystosowane do przewozu osób z niepełnosprawnościami lub przez pojazdy niespecialistyczne zapewniające odpowiedni komfort i bezpieczeństwo.
2. Usługa obejmuje dowóz wnioskodawcy do placówki, powrót do miejsca zamieszkania oraz pomoc w dotarciu z miejsca zamieszkania do pojazdu i z pojazdu do miejsca zamieszkania.
3. Usługi transportowe świadczone są w dni robocze w godzinach od 8:30 do 17.30.
4. Terminy realizacji transportu będą ustalane indywidualnie, zgodnie z harmonogramem wizyt medycznych wnioskodawcy.
5. W przypadku zmiany terminu wizyty lub rezygnacji z usługi, wnioskodawca zobowiązany jest do niezwłocznego poinformowania MOPS, nie później niż na 24 godziny przed planowanym transportem. Niepoinformowanie o odwołanej usłudze będzie mogło skutkować odmową przyznania usługi w przyszłości.
6. Transport osoby z niepełnosprawnością jest możliwy gdy jej stan zdrowia jest stabilny i nie zagraża jej życiu.

§ 5. Odpłatność za usługę

Usługa transportu jest bezpłatna dla osób spełniających warunki określone w § 2.

§ 6. Postanowienia końcowe

1. Regulamin wchodzi w życie z dniem jego zatwierdzenia.
2. MOPS zastrzega sobie prawo do wprowadzenia zmian w regulaminie w przypadku zmiany przepisów prawa lub konieczności dostosowania usługi do bieżących potrzeb mieszkańców.

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO WSPARCIA W FORMIE TRANSPORTU DLA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI

DANE OSOBOWE OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O WSPARCIE W FORMIE TRANSPORTU

Imię i nazwisko			
ADRES ZAMIESZKANIA			
Ulica		Numer domu/lokalu	
Miejscowość	USTKA	Kod pocztowy	76-270
Telefon kontaktowy		Adres e-mail	

DANE OPIEKUNA PRAWNEGO – w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej

Imię i nazwisko		Numer telefonu	
------------------------	--	-----------------------	--

DANE DOTYCZĄCE MIEJSCA TRANSPORTU

Nazwa placówki służby zdrowia	
Adres placówki służby zdrowia	
Termin wizyty/ godzina	

KRYTERIA PODSTAWOWE (OBOWIĄZKOWE) (proszę przy właściwej odpowiedzi wstawić znak X):

	jestem mieszkańcem Gminy Miasto Ustka
	nie udzielono mi wsparcia w formie transportu w ramach NFZ
	nie mam możliwości korzystania z pomocy rodziny
	nie jestem w stanie samodzielnie korzystać z transportu publicznego

DODATKOWE INFORMACJE (proszę przy właściwej odpowiedzi wstawić znak X):

	poruszam się na wózku inwalidzkim
	potrzebuję pomocy w dotarciu z mieszkania lub innego miejsca do środka transportu oraz pomocy w dotarciu do miejsca docelowego
	podczas transportu potrzebuję pomocy swojego opiekuna/asystenta:

Posiadam ważne orzeczenie w zakresie (proszę przy właściwej odpowiedzi wstawić znak X):	
o zaliczeniu do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności, z symbolem przyczyny niepełnosprawności:	
<input type="checkbox"/>	04-O
<input type="checkbox"/>	05-R
<input type="checkbox"/>	010-N
o zaliczeniu do znacznego stopnia niepełnosprawności, z symbolem przyczyny niepełnosprawności:	
<input type="checkbox"/>	04-O
<input type="checkbox"/>	05-R
<input type="checkbox"/>	010-N
Uzasadnienie do przyznania transportu w szczególnym przypadku:	

OŚWIADCZENIA OBOWIĄZKOWE

- Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym.
- **Jestem świadomy/ma, że Poradnia specjalistyczna** jest zobowiązana do zapewnienia transportu sanitarnego w przypadku kolejnych wizyt w danej poradni, jeżeli nadal utrzymują się wskazania do korzystania z niego.
- Oświadczam, że nie jestem w stanie ponieść kosztów transportu we własnym zakresie.
- Ja niżej podpisany/a akceptuję warunki regulaminu korzystania z usług transportu oraz wyrażam zgodę na przekazanie moich danych osobowych firmie przewozowej do celów związanych z realizacją transportu z którą Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Ustce ma podpisaną umowę na świadczenie ww. transportu.

.....

.....

miejsowość i data

podpis

<input type="checkbox"/>	Zatwierdzam usługę do realizacji. (podpis pracownika MOPS)
<input type="checkbox"/>	Odmawiam przyznania usługi transportu.	

INFORMACJA RODO

Zgodnie z art. 13 ust. 1 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), zwane dalej RODO, informuję:

1. Administratorem danych osobowych Wykonawcy jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej ul. Ks. Kardynała Stefana Wyszyńskiego 3, 76-270 Ustka.
2. Kontakt z Administratorem Bezpieczeństwa Informacji (od 25 maja 2018 Inspektorem Ochrony Danych) jest możliwy za pomocą poczty elektronicznej pod adresem - iod@mainsoft.pl.
3. Administrator danych przetwarza dane osobowe w celu realizacji usług transportu w zakresie przewozu osób z niepełnosprawnościami z terenu Gminy Miasto Ustka do specjalistycznych placówek służby zdrowia w Ustce, Lędowie i Słupsku oraz na rehabilitację w Ustce.
4. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak ich podanie jest warunkiem udziału w postępowaniu mającym na celu zawarcie umowy.
5. Dane osobowe przetwarzane będą przez okres realizacji umowy, oraz obowiązku archiwizowania dokumentacji i ewentualnych roszczeń.
6. Osoby, których dane osobowe są przetwarzane, posiadają prawo dostępu do danych osobowych dotyczących ich osoby, ich sprostowania, żądania ograniczenia przetwarzania z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO.
8. Osoby, których dane osobowe są przetwarzane, nie przysługuje prawo do usunięcia danych, prawo do przenoszenia danych oraz prawo sprzeciwu przez czas realizacji czynności określonych w pkt 3.
9. Osoby, których dane osobowe są przetwarzane mają prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
10. Dane osobowe nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu

.....
(data i podpis)