

**UCHWAŁA NR XXVIII/259/2026
RADY MIEJSKIEJ W NOWYM MIASTECZKU**

z dnia 31 sierpnia 2026 r.

w sprawie zmiany uchwały Nr XXVII/248/2026 Rady Miejskiej w Nowym Miasteczku z dnia 29 czerwca 2026 r. w sprawie przyjęcia Programu Usług Społecznych realizowanego przez Centrum Usług Społecznych w Gminie Nowe Miasteczko

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2026 r. poz. 662 i 912) oraz art. 4 ust. 1 i art. 5 ust. 3 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych (Dz. U. z 2026 r. poz. 165) uchwala się, co następuje:

§ 1. W załączniku nr 1 do Uchwały XXVII/248/2026 Rady Miejskiej w Nowym Miasteczku z dnia 29 czerwca 2026 r. w sprawie przyjęcia Programu Usług Społecznych realizowanego przez Centrum Usług Społecznych w Gminie Nowe Miasteczko (Dz. Urz. Woj. Lubus. z 2026 r. poz. 1547) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w rozdziale VIII „Warunki i tryb kwalifikowania osób zainteresowanych do korzystania z usług społecznych określonych w Programie oraz źródło ich finansowania”, w tabeli nr 4, w części dotyczącej usługi „**Biofeedback**”, wyrazy „- zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych, - orzeczenie o stopniu niepełnosprawności w przypadku jego posiadania”, zastępuje się wyrazami „zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych, orzeczenie o stopniu niepełnosprawności w przypadku jego posiadania lub oświadczenie wnioskodawcy, a w przypadku osoby małoletniej lub osoby pozostającej pod opieką – oświadczenie rodzica, opiekuna prawnego albo opiekuna faktycznego o braku przeciwwskazań do korzystania z usługi biofeedback, oraz ankieta dotycząca stanu zdrowia, wypełniana przed rozpoczęciem usługi, mająca na celu rozpoznanie okoliczności mogących stanowić przeciwwskazanie lub wpływać na bezpieczną realizację usługi.”;
- 2) po rozdziale XIV dodaje się rozdział XV w brzmieniu: "XV. Załączniki. Załącznikami do Programu Usług Społecznych Gminy Nowe Miasteczko na lata 2026-2028 są:
 - 1) oświadczenie uczestnika pełnoletniego / rodzica / opiekuna dotyczące udziału w usłudze biofeedback;
 - 2) ankieta przed rozpoczęciem korzystania z usługi biofeedback.";
- 3) dodaje się załącznik nr 1 do Programu Usług Społecznych w Gminie Nowe Miasteczko na lata 2026-2028 realizowanego przez Centrum Usług Społecznych w Nowym Miasteczku - Oświadczenie uczestnika pełnoletniego / rodzica / opiekuna dotyczące udziału w usłudze biofeedback, w brzmieniu określonym w załączniku nr 1 do niniejszej uchwały;
- 4) dodaje się załącznik nr 2 do Programu Usług Społecznych w Gminie Nowe Miasteczko na lata 2026-2028 realizowanego przez Centrum Usług Społecznych w Nowym Miasteczku - Ankietę przed rozpoczęciem korzystania z usługi biofeedback, w brzmieniu określonym w załączniku nr 2 do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Gminy i Miasta Nowe Miasteczko.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie w ciągu 14 dni od dnia ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Województwa Lubuskiego.

PRZEWODNICZĄCY
Rady Miejskiej w Nowym Miasteczku
Wojciech Skrzydlewski
Wojciech Skrzydlewski

OŚWIADCZENIE

uczestnika pełnoletniego / rodzica / opiekuna dotyczące udziału w usłudze Biofeedback

Imię i nazwisko uczestnika:

Data urodzenia uczestnika:

Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie (jeżeli inna niż uczestnik):

Oświadczenie składam jako: ☐ uczestnik pełnoletni ☐ rodzic ☐ opiekun prawny ☐ opiekun faktyczny

Cel formularza. Oświadczenie i ankieta służą bezpiecznej organizacji usługi. Nie są diagnozą ani zaświadczeniem lekarskim. Odpowiedź „TAK” albo „NIE WIEM” nie oznacza automatycznego wykluczenia z udziału, lecz wymaga wyjaśnienia przez osobę realizującą usługę.

Ja, niżej podpisana/y, oświadczam, że:

1. przed podpisaniem niniejszego oświadczenia zapoznałam/em się z informacją o sposobie realizacji usługi biofeedback i miałam/em możliwość zadania pytań;
2. wypełniłam/em ankietę bezpieczeństwa zgodnie z moją najlepszą wiedzą, a podane informacje są prawdziwe, aktualne i kompletne;
3. ujawniłam/em wszystkie znane mi choroby, napady, niepokojące objawy, przyjmowane leki oraz inne okoliczności mogące mieć znaczenie dla bezpiecznego udziału w usłudze;
4. zobowiązuje się niezwłocznie informować osobę realizującą usługę o zmianie stanu zdrowia, wystąpieniu napadu, utracie przytomności, nowym silnym bólu głowy, zmianie leczenia lub innych nowych objawach;
5. rozumiem, że osoba realizująca usługę może przerwać lub odroczyć sesję, dostosować sposób przekazywania bodźców albo zalecić ukierunkowaną konsultację medyczną, jeżeli wymaga tego bezpieczeństwo uczestnika;
6. wyrażam zgodę na udział mój / osoby małoletniej lub pozostającej pod opieką w usłudze biofeedback po dokonaniu przez usługodawcę oceny organizacyjnej na podstawie ankiety i rozmowy wstępnej;
7. wiem, że zgodę na udział można wycofać w każdym czasie, a podczas sesji należy natychmiast zgłaszać złe samopoczucie, zawroty głowy, nudności, zaburzenia widzenia, silny ból głowy, niepokój lub inne nietypowe objawy;
8. potwierdzam otrzymanie klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania danych osobowych, w tym danych dotyczących zdrowia.

Uwaga dotycząca opiekuna faktycznego: opiekun faktyczny może przekazać informacje według swojej wiedzy. Zgodę za uczestnika pełnoletniego składa on wyłącznie wtedy, gdy posiada do tego odpowiednie umocowanie prawne.

W przypadku uczestnika małoletniego: ☐ uczestnik został poinformowany w sposób dostosowany do wieku i wyraża gotowość do udziału ☐ nie dotyczy

.....
* miejscowość i data

.....
czytelny podpis uczestnika pełnoletniego / rodzica / opiekuna

CENTRUM USŁUG SPOŁECZNYCH W NOWYM MIASTECZKU
ANKIETA

przed rozpoczęciem korzystania z usługi Biófeedback

Imię i nazwisko uczestnika:

Ankieta wypełnia:

Status osoby wypełniającej: ☐ uczestnik ☐ rodzic ☐ opiekun prawny ☐ opiekun faktyczny

Instrukcja. Przy każdym pytaniu proszę zaznaczyć jedną odpowiedź. W razie odpowiedzi „TAK” lub „NIE WIEM” należy dopisać krótki opis w miejscu pod tabelami. Nie wolno samodzielnie odstawiać ani zmieniać leków na potrzeby udziału w usłudze.

A. Układ nerwowy i reakcje na bodźce wzrokowe

L p.	Pytanie	NIE	TAK	NIE WIEM
1	Czy u uczestnika rozpoznano padaczkę albo czy kiedykolwiek wystąpił napad drgawkowy, napad nieświadomości lub inny napad podejrzewany o padaczkowy (także drgawki gorączkowe w przeszłości)?	☐	☐	☐
2	Czy występowały niewyjaśnione utraty przytomności, omdlenia, chwilowe „wyłączenia”, luki pamięciowe albo nagłe zaburzenia kontaktu?	☐	☐	☐
3	Czy migające światła, szybko zmieniające się obrazy, gry komputerowe lub kontrastowe wzory wywoływały napad, drżenia, zaburzenia widzenia, zawroty głowy, nudności albo silny ból głowy?	☐	☐	☐
4	Czy występują migreny, napady silnego lub nawracającego bólu głowy, zwłaszcza z aurą, albo czy charakter bólu głowy ostatnio się zmienił?	☐	☐	☐
5	Czy w ostatnich 12 miesiącach doszło do urazu głowy lub wstrząśnienia mózgu albo utrzymują się objawy po takim urazie?	☐	☐	☐
6	Czy rozpoznano inną chorobę neurologiczną lub uszkodzenie mózgu, np. stan po udarze, guz mózgu, zapalenie mózgu, istotne zaburzenia otępienne, albo wykonano zabieg neurochirurgiczny?	☐	☐	☐

B. Leczenie, funkcjonowanie i pozostałe okoliczności

L p.	Pytanie	NIE	TAK	NIE WIEM
1	Czy uczestnik pozostaje obecnie pod opieką neurologa albo psychiatry lub jest w trakcie diagnostyki z powodu napadów, omdleń, bólów głowy bądź innych objawów neurologicznych?	☐	☐	☐
2	Czy uczestnik przyjmuje leki przeciwpadaczkowe, psychotropowe, uspokajające, nasenne lub inne leki wpływające na układ nerwowy?	☐	☐	☐
3	Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni rozpoczęto, odstawiono albo zmieniono dawkę takich leków?	☐	☐	☐
4	Czy występuje obecnie ostry kryzys psychiczny, znaczne pobudzenie, dezorientacja albo stan utrudniający spokojny udział i wykonywanie poleceń?	☐	☐	☐
5	Czy występują zaburzenia wzroku, słuchu, komunikacji, pamięci lub rozumienia poleceń, które wymagają dostosowania sposobu prowadzenia sesji?	☐	☐	☐
6	Czy na skórze głowy występują rany, zakażenie lub silne podrażnienie albo czy wcześniej wystąpiła reakcja uczuleniowa na żel, pastę przewodzącą, elektrody lub metale?	☐	☐	☐
7	Czy występuje inna poważna choroba lub stan zdrowia, który może wpływać na możliwość bezpiecznego siedzenia, koncentracji lub udziału w sesji?	☐	☐	☐

C. Okoliczności wymagające oceny w dniu sesji

L p.	Pytanie	NIE	TAK	NIE WIEM
1	Czy w dniu sesji uczestnik ma gorączkę, ostrą infekcję lub czuje się wyraźnie chory?	☐	☐	☐
2	Czy wystąpił nowy, nagły lub wyjątkowo silny ból głowy, nasilone zawroty głowy, zaburzenia widzenia lub mowy, osłabienie kończyny, splątanie albo nietypowe nudności?	☐	☐	☐
3	Czy od ostatniej kwalifikacji lub sesji wystąpił napad, utrata przytomności, uraz głowy albo inne istotne pogorszenie stanu zdrowia?	☐	☐	☐
4	Czy uczestnik jest pod wpływem alkoholu, substancji psychoaktywnych lub leku przyjętego niezgodnie z zaleceniem?	☐	☐	☐
5	Czy uczestnik jest skrajnie niewyspany lub wyczerpany w stopniu utrudniającym bezpieczny udział w sesji?	☐	☐	☐

ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA I STANU ZDROWIA

część III – wyjaśnienia i kwalifikacja usługodawcy

Zasada bezpieczeństwa. Przy nowych, nagłych lub nasilonych objawach neurologicznych, napadzie albo utracie przytomności nie rozpoczyna się sesji. Uczestnik powinien uzyskać odpowiednią pomoc medyczną. Odpowiedzi dotyczące padaczki, migreny lub choroby neurologicznej wymagają indywidualnej oceny; same w sobie nie oznaczają automatycznej odmowy udziału.

Opis odpowiedzi „TAK” lub „NIE WIEM” (numer pytania, rozpoznanie/objaw, kiedy wystąpił ostatnio, czy jest pod kontrolą, istotne zalecenia lekarza):

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

Inne informacje istotne dla bezpiecznego udziału:

.....
.....

.....
miejscowość i data

.....
czytelny podpis osoby wypełniającej ankietę

CZĘŚĆ WYPEŁNIANA PRZEZ USŁUGODAWCĘ

Potwierdzam przejrzanie ankiety i przeprowadzenie rozmowy wstępnej. Poniższa decyzja ma charakter organizacyjny i nie stanowi rozpoznania medycznego ani zaświadczenia lekarskiego.

☐ Nie ujawniono okoliczności wymagających odroczenia lub dodatkowego wyjaśnienia – uczestnik może rozpocząć korzystanie z usługi.

☐ Uczestnik może rozpocząć korzystanie z usługi po zastosowaniu następujących dostosowań:

.....

☐ Kwalifikację wstrzymano do czasu wyjaśnienia wskazanych informacji lub uzyskania ukierunkowanej konsultacji dotyczącej konkretnego problemu zdrowotnego:

.....

☐ Sesję odroczone z powodu przejściowej okoliczności zdrowotnej lub stanu w dniu sesji.

Jeżeli zgłoszono nadwrażliwość na bodźce wzrokowe: ☐ nie dotyczy ☐ ustalono bezpieczne dostosowanie sposobu informacji zwrotnej

Dostosowanie / uwagi / data ponownej oceny:

.....
data oceny

.....
imię, nazwisko i podpis osoby realizującej usługę

UZASADNIENIE

Zmiana ma charakter porządkujący i upraszczający procedurę kwalifikowania uczestników do korzystania z usługi biofeedback realizowanej w ramach Programu Usług Społecznych.

Wprowadza się zmianę polegającą na złożeniu przez osobę ubiegającą się o korzystanie z usługi biofeedback stosownego oświadczenia, a w przypadku osoby małoletniej lub pozostającej pod opieką – przez rodzica, opiekuna prawnego albo opiekuna faktycznego.

Wprowadzenie oświadczenia ma na celu usprawnienie i przyspieszenie procesu kwalifikowania uczestników do korzystania z usługi biofeedback. Złożenie oświadczenia na etapie składania wniosku pozwoli na sprawniejszą weryfikację spełnienia warunków udziału oraz ograniczy czas niezbędny do przeprowadzenia procedury kwalifikacyjnej.