

**ZARZĄDZENIE NR 261/2018/P
PREZYDENTA MIASTA PABIANIC**

z dnia 7 grudnia 2018 r.

**w sprawie szczegółowych zasad realizacji Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz
zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie Miasta Pabianice**

Na podstawie art. 11 ust. 1 i art. 11a ustawa z dnia 21 sierpnia 1997 r. o ochronie zwierząt (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1840 z późn. zm.) w związku z art. 30 ust. 1 i 2 pkt. 2 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 994 z późn. zm.), zarządza się, co następuje:

§ 1. Wprowadza się zasady realizacji Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie Miasta Pabianice zwanego dalej „Programem” oraz wzory obowiązujących druków, które stanowią załącznik do niniejszego zarządzenia.

§ 2. Wykonanie Zarządzenia powierza się Naczelnikowi Wydziału Ochrony Środowiska Urzędu Miejskiego w Pabianicach.

§ 3. Traci moc obowiązujące Zarządzenie Nr 105/2018/P Prezydenta Miasta Pabianic z dnia 29 maja 2018 r. w sprawie szczegółowych zasad realizacji Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie Miasta Pabianice.

§ 4. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2019 r.

w/z Prezydenta Miasta
II Zastępca Prezydenta Miasta
Marek Gryglewski

Szczegółowe zasady realizacji Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie Miasta Pabianice

1. Realizację Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania bezdomności zwierząt powierza się Wydziałowi Ochrony Środowiska, zwanemu dalej Wydziałem.

2. Określa się szczegółowe zasady działań w zakresie opieki nad zwierzętami i ograniczania bezdomności zwierząt oraz ustala się wzory druków, które będą obowiązywały przy realizacji tych zadań.

3. Ustala się następujące zasady sporządzania rejestru społecznych opiekunów:

- 1) każda zainteresowana osoba opiekująca się wolno żyjącymi kotami (nie posiadającymi właściciela), chcąc podjąć współpracę z Miastem w celu realizacji Programu zobowiązana jest do złożenia deklaracji społecznego opiekuna zwierząt (druk nr 1);
- 2) dane przedstawione w deklaracji muszą zostać potwierdzone przez właściciela, zarządcę/administrатора nieruchomości, na terenie którego koty bytują. Podpis w miejscu przeznaczonym na zatwierdzenie danych nie stanowi zobowiązania/ deklaracji do opieki nad tymi kotami lecz zgodę m.in. na dokarmianie kotów na wskazanym w deklaracji terenie;
- 3) w przypadku, gdy właściciel, zarządca/administratore nieruchomości deklaruje się jako społeczny opiekun kotów wolno żyjących, składa podpis w obu miejscach oświadczając tym samym, iż jest właścicielem, zarządcą/administratorem nieruchomości;
- 4) korektę deklaracji składa zarejestrowany społeczny opiekun w przypadku zmian danych zawartych w złożonej deklaracji bądź w celu przedłużenia ważności deklaracji (druk nr 1);
- 5) okres ważności złożonej deklaracji/korekty wynosi 2 lata licząc od dnia jej złożenia, po upływie tego czasu zarejestrowana osoba zostanie wykreślona z rejestru;
- 6) osoba będąca zadeklarowanym społecznym opiekunem kotów wolno żyjących, w każdym czasie może złożyć pisemną rezygnację z pełnienia tej funkcji.

4. Ustala się następujące zasady przeprowadzania i finansowania ograniczania rozrodczości wolno żyjących kotów poprzez zabiegi sterylizacji/kastracji lub usypiania ślepych miotów:

- 1) społeczni opiekunowie chcący poddać wolno żyjące koty zabiegowi obowiązani są uzyskać skierowanie z Wydziału. Wzór wniosku o udzielenie skierowania stanowi druk nr 2;
- 2) zwierzęta do Lecznicy będą dostarczane przez społecznych opiekunów, a po wykonaniu zabiegu i zachowaniu okresu rekonwalescencji (w przypadku sterylizacji/kastracji) odbierane przez Nich i wypuszczane w miejscu wcześniejszego pochwycenia.

5. Ustala się następujące zasady finansowania leczenia wolno żyjących kotów:

- 1) społeczni opiekunowie w celu poddania wolno żyjącego kota leczeniu na koci katar bądź panleukopenię obowiązani są uzyskać skierowanie z Wydziału. Wzór wniosku o udzielenie skierowania stanowi druk nr 2;
- 2) do Lecznicy zwierzęta będą przynoszone przez zarejestrowanych społecznych opiekunów. W przypadku konieczności leczone zwierzę pozostaje na obserwacji w Lecznicy. Po przeprowadzonym leczeniu społeczny opiekun odbierze zwierzę i wypuści w miejscu wcześniejszego pochwycenia.

6. Ustala się rodzaj i zasady finansowania zabiegów dla zwierząt, których właściciele są pod opieką Miejskiego Centrum Pomocy Społecznej w Pabianicach:

- 1) zabiegi sterylizacji/kastracji, znakowania poprzez czipowania będą wykonywane u psów i kotów, przy czym znakowanie dotyczy jedynie psów;
- 2) właściciele zwierząt (pies, kot) w celu poddania go zabiegowi obowiązani są uzyskać skierowanie z Wydziału. Wzór wniosku o udzielenie skierowania stanowi druk nr 6;
- 3) zwierzęta do Lecznicy będą doprowadzane przez ich właścicieli bądź upoważnione przez nich osoby, a po wykonaniu zabiegu i zachowaniu okresu rekonwalescencji odbierane z lecznicy;

7. Ustala się następujące zasady finansowania znakowania psów posiadających właściciela:

- 1) osoby, które mają zarejestrowanego psa w Urzędzie Miejskim w Pabianicach i wnoszą opłatę za jego posiadanie bądź też są zwolnione z tej opłaty mogą skorzystać z bezpłatnego znakowania psa;
- 2) skierowania na zabieg znakowania wydawane będą w Wydziale na pisemny wniosek właściciela psa, po wcześniejszym okazaniu:
 - a) dokumentu potwierdzającego dokonanie opłaty od posiadania psa na dany rok kalendarzowy,
 - b) aktualnego zaświadczenia potwierdzającego przeprowadzenie szczepienia psa przeciwko wściekliznie (dot. psów, które ukończyły 3 miesiąc życia),
 - c) dowodu tożsamości właściciela psa;
- 3) Wzór wniosku o udzielenie skierowania stanowi druk nr 4.

8. Osoba po otrzymaniu skierowania winna, w terminie 7 dni licząc od dnia jego wydania, zgłosić się ze zwierzęciem do lecznicy celem ustalenia terminu wykonania usługi weterynaryjnej określonej w skierowaniu. W przypadku nie głoszenia się do lecznicy w wyznaczonym terminie skierowanie zostanie anulowane.

9. Realizacja zadań objętych Programem będzie limitowana wysokością środków przeznaczonych na ten cel w budżecie Miasta.

10. Wydział będzie wypożyczał klatki żywołowne do łapania wolno żyjących kotów oraz transportery do przewozu tych zwierząt w celu poddania ich zabiegom lub leczenia.

11. Ustala się wzory obowiązujących druków służących realizacji Programu:

- 1) deklaracja/korekta deklaracji opiekuna społecznego zwierząt – druk nr 1;
- 2) wniosek o uzyskanie skierowania na zabieg sterylizacji/kastracji*, leczenie*, uśpienie ślepych miotów* wolno żyjących kotów – druk nr 2;
- 3) skierowanie na zabieg sterylizacji/kastracji*, leczenie*, uśpienie ślepych miotów* wolno żyjących kotów – druk nr 3;
- 4) wniosek o uzyskanie skierowania na zabieg znakowania psa – druk nr 4;
- 5) skierowanie na zabieg znakowania psa – druk nr 5;
- 6) wniosek o uzyskanie skierowania na zabieg sterylizacji/kastracji* psa/kota*, znakowania psa poprzez czipowanie* – druk nr 6;
- 7) skierowanie na zabieg sterylizacji/kastracji* psa/kota*, znakowania psa* – druk nr 7

11. Deklaracje i wnioski należy składać do Wydziału Ochrony Środowiska, ul. św. Jana 4 w Pabianicach na obowiązujących drukach.

w/z Prezydenta Miasta
II Zastępca Prezydenta Miasta
Marek Gryglewski

DEKLARACJA / KOREKTA DEKLARACJI*
OPIEKUNA SPOŁECZNEGO ZWIERZĄT - WOLNO ŻYJĄCYCH KOTÓW
na terenie Miasta Pabianice

1. Dane opiekuna społecznego

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania** :

Numer telefonu i e-mail **:

2. Informacje o zwierzętach

Miejsce przebywania zwierząt:

Liczba kotów objętych opieką: w tym:

po zabiegu

do zabiegu

Forma udzielanej zwierzętom opieki:

W związku ze złożoną deklaracją społecznego opiekuna

będę pobierał/a*

nie będę pobierał/a*

karmę dla zadeklarowanej liczby wolno żyjących kotów będących po zabiegu sterylizacji/kastracji.

W przypadku niemożności samodzielnego odbioru karmy należy pisemnie upoważnić inną osobę do jej odbioru.

Oświadczam, iż opiekuję się zadeklarowanymi zwierzętami.

Zobowiązuję się informować Urząd Miejski w Pabianicach o wszelkich zmianach danych podanych powyżej, w tym o rezygnacji z funkcji społecznego opiekuna kotów wolno żyjących.

.....
miejsowość i data

.....
podpis opiekuna społecznego zwierząt

Potwierdzam, iż zadeklarowane powyżej koty przebywają we wskazanym przez społecznego opiekuna miejscu.

.....
 (data i czytelny podpis oraz pieczętka właściciela,
 zarządcy/administradora nieruchomości)

Deklaracja jest ważna dwa lata licząc od dnia jej złożenia/korekty.

*niepotrzebne skreślić

**dane nie są obowiązkowe, ale ułatwią kontakt w sprawach zwierząt

**WNIOSEK O UZYSKANIE SKIEROWANIA
NA ZABIEG STERYLIZACJI / KASTRACJI*, LECZENIE*,
UŚPIENIE ŚLEPYCH MIOTÓW* KOTÓW WOLNO ŻYJĄCYCH**

w ramach „Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania
bezdomności zwierząt na terenie Miasta Pabianic”

Imię i nazwisko opiekuna społecznego zwierząt:

Numer telefonu** :

1) Liczba zwierząt zgłoszonych do zabiegu (szt.): w tym:
sterylizacja (szt.): / kastracja (szt.): / uśpienie ślepego miotu (szt.):

2) Liczba zwierząt zgłoszonych do leczenia (szt.): w tym:
koci katar (szt.): / panleukopenia (szt.)

Informacje dodatkowe:

1. Oświadczam, że koty zgłoszone do zabiegu/leczenia* są wolno żyjącymi kotami, a miejscem ich przebywania jest adres wskazany w deklaracji.
2. Deklaruję, że zwierzęta (wolno żyjące koty) zostaną doprowadzone do lecznicy wskazanej przez Miasto, a następnie odebrane przeze mnie po wykonaniu zabiegu/przeprowadzeniu leczenia* w terminie wskazanym przez lekarza weterynarii.
3. W przypadku zgłoszenia ślepego miotu należy uzasadnić przyczynę wykonania zabiegu – usypianie dokonywane będzie w sytuacjach wyjątkowych, np. w przypadku choroby zwierząt.

UWAGA!

Miasto ponosi jedynie koszty wykonania zabiegu/przeprowadzenia leczenia u kotów wolno żyjących. Wysokość środków przeznaczonych na ten cel jest uzależniona od wysokości zaplanowanych środków w budżecie Miasta.

.....
miejscowość i data

.....
podpis Wnioskodawcy

*niepotrzebne skreślić

**dane nie są obowiązkowe, ale ułatwią kontakt w sprawach zwierząt

**SKIEROWANIE NA ZABIEG
STERYLIZACJI / KASTRACJI*, LECZENIE*,
UŚPIENIE ŚLEPYCH MIOTÓW* KOTÓW WOLNO ŻYJĄCYCH**

w ramach „Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania
bezdomności zwierząt na terenie Miasta Pabianic”

Kieruję wolno żyjące koty, zgłoszone przez

Numer telefonu (jeśli został podany we wniosku):

1) Liczba zwierząt zgłoszonych do zabiegu (szt.): w tym:
sterylizacja (szt.): / kastracja (szt.): / uśpienie ślepego miotu (szt.):

2) Liczba zwierząt zgłoszonych do leczenia (szt.): w tym:
koci katar (szt.): / panleukopenia (szt.)

Zwierzęta doprowadzi i odbierze po zabiegu:

.....

.....
miejsowość i data

.....
*podpis przedstawiciela
Miasta Pabianice*

Nazwa i adres lecznicy:

.....

.....

.....

nr tel.

Potwierdzenie wykonania zabiegu przez lekarza weterynarii

Data i rodzaj wykonanego zabiegu / przeprowadzonego leczenia:

1. sterylizacja (szt.):

.....

2. kastracja (szt.):

.....

3. uśpienie ślepego miotu (szt.):

.....

4. panleukopenia (szt.):

.....

5. koci katar (szt.):

.....

.....
(data, pieczęć i podpis lekarza weterynarii)

*niepotrzebne skreślić

**WNIOSEK O UZYSKANIE SKIEROWANIA
NA ZABIEG ZNAKOWANIA PSA POPRZEZ CZIPOWANIE**

w ramach „Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania
bezdomności zwierząt na terenie Miasta Pabianic”

Imię i nazwisko właściciela psa:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu:

Liczba zwierząt zgłoszonych do zabiegu (szt.):

Składając wniosek należy okazać oryginały dokumentów:

1. *Potwierdzenia opłaty od posiadania psa na dany rok kalendarzowy.*
2. *Aktualnego zaświadczenia potwierdzającego przeprowadzenie szczepienia psa przeciwko wścieklicznie (dot. psów pow. 3 miesiąca życia).*
3. *Książeczki zdrowia psa.*
4. *Dowodu osobistego właściciela psa.*

UWAGA!

Dane znakowanego psa oraz właściciela zostaną umieszczone w Międzynarodowej Bazie Danych SAFE-ANIMAL.

Miasto ponosi jedynie koszty wykonania zabiegu znakowania psów posiadających właściciela i zamieszkujących z nim na terenie Miasta Pabianice.

Wysokość środków przeznaczonych na ten cel jest uzależniona od wysokości zaplanowanych środków w budżecie Miasta.

1. Oświadczam, że jestem właścicielem psa zgłoszonego do zabiegu znakowania poprzez czipowanie, a miejscem stałego przebywania psa jest adres wskazany we wniosku.
2. Deklaruję, że zwierzę zostanie doprowadzone do lecznicy wskazanej przez Miasto, a następnie odebrane przeze mnie po wykonaniu zabiegu w terminie wskazanym przez lekarza weterynarii.

.....
miejscowość i data

.....
podpis właściciela psa

**SKIEROWANIE
NA ZABIEG ZNAKOWANIA PSA POPRZEZ CZIPOWANIE**

w ramach „Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania
bezdomności zwierząt na terenie Miasta Pabianic”

Imię i nazwiska właściciela psa

Adres zamieszkania:

Numer telefonu:

Liczba zwierząt zgłoszonych do zabiegu:

.....
miejsowość i data

.....
*podpis przedstawiciela
Miasta Pabianice*

Nazwa i adres lecznicy:

.....

.....

.....

nr tel.

Potwierdzenie wykonania zabiegu przez lekarza weterynarii

Data wykonania zabiegu

Liczba zwierząt

Nr czipa

Nazwa bazy, do której wprowadzone zostały dane

Data wprowadzenia danych do bazy

.....
(data, pieczętka i podpis lekarza weterynarii)

**WNIOSK O UZYSKANIE SKIEROWANIA
NA ZABIEG STERYLIZACJI / KASTRACJI* PSA/KOTA
I ZNAKOWANIA PSA POPRZEZ CZIPOWANIE*,**

w ramach „Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania
bezdomności zwierząt na terenie Miasta Pabianic”

Imię i nazwisko właściciela zwierzęcia:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu:

Gatunek i liczba zwierząt zgłoszonych do zabiegu, w tym:

1. sterylizacja* (szt.):

2. kastracja* (szt.):

3. znakowania* (szt.):

Informacje dodatkowe:

Składając wniosek należy okazać oryginały dokumentów:

1. Aktualnego zaświadczenia potwierdzającego przeprowadzenie szczepienia psa przeciwko wściekliznie (dot. psów pow. 3 miesiąca życia).
2. Książeczki zdrowia zwierzęcia.
3. Dowodu osobistego właściciela psa.

Deklaruję, że zwierzęta zostaną doprowadzone do lecznicy wskazanej przez Miasto, a następnie odebrane przeze mnie po wykonaniu zabiegu w terminie wskazanym przez lekarza weterynarii.

UWAGA!

Miasto ponosi jedynie koszty wykonania zabiegu u zwierząt, które wraz z właścicielem będącym pod opieką Miejskiego Centrum Pomocy Społecznej w Pabianicach zamieszkuje na terenie Miasta Pabianice.

.....
miejsowość i data

.....
podpis Wnioskodawcy

.....
data, podpis wraz z pieczętką
przedstawiciela MCPS w Pabianicach

*wypełnij właściwie

**SKIEROWANIE NA ZABIEG
STERYLIZACJI / KASTRACJI* PSA/KOTA
I ZNAKOWANIA PSA POPRZECZ CIPIOWANIE***

w ramach „Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania
bezdomności zwierząt na terenie Miasta Pabianic”

Kieruję zwierzę, zgłoszone przez

Adres zamieszkania:

Numer telefonu:

Liczba i gatunek zwierząt zgłoszonych do zabiegu, w tym:

1. sterylizacja* (szt.):

2. kastracja* (szt.):

3. znakowania* (szt.):

Zwierzęta doprowadzi i odbierze po zabiegu:

.....

.....
miejsowość i data

.....
podpis przedstawiciela
Miasta Pabianice

Nazwa i adres lecznicy:

.....

.....

.....

nr tel.

Potwierdzenie wykonania zabiegu przez lekarza weterynarii

Data i rodzaj wykonanego zabiegu:

sterylizacja psa (szt.):

kastacja psa (szt.):

sterylizacja kota (szt.):

kastacja kota (szt.):

znakowanie psa (szt.):

Nr czipa

Nazwa bazy, do której wprowadzone zostały dane

Data wprowadzenia danych do bazy

*niepotrzebne skreślić

.....
(data, pieczęćka i podpis lekarza weterynarii)