

**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 Schronisku dla Zwierząt w Pabianicach, zwanemu dalej Schroniskiem.
2. Określa się szczegółowe zasady działań w zakresie opieki nad zwierzętami i ograniczania bezdomności zwierząt oraz ustala się wzory druków obowiązujących przy realizacji tych zadań.
3. Ustala się następujące zasady sporządzania rejestru społecznych opiekunów kotów wolno żyjących, zwanych dalej społecznymi opiekunami:
 - 1) każda zainteresowana osoba opiekująca się wolno żyjącymi kotami (nieposiadającymi właściciela), chcąc podjąć współpracę ze Schroniskiem w celu realizacji Programu zobowiązana jest do złożenia deklaracji społecznego opiekuna (druk nr 1);
 - 2) dane przedstawione w deklaracji muszą zostać potwierdzone własnoręcznym podpisem przez właściciela, zarządcę / administratora nieruchomości, na terenie którego koty bytują; potwierdzenie (podpis) nie stanowi zobowiązania / deklaracji do opieki nad kotami, lecz zgodę m.in. na ich dokarmianie na wskazanym w deklaracji terenie;
 - 3) w przypadku, gdy właściciel, zarządca / administrator nieruchomości deklaruje się jako społeczny opiekun, 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, 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 ze Schroniska. Wzór wniosku o udzielenie skierowania stanowi druk nr 2;
 - 2) koty do gabinetu, lecznicy lub Schroniska będą dostarczane przez ich właścicieli bądź upoważnione przez nich osoby, a po wykonaniu zabiegu i zachowaniu okresu rekonwalescencji odbierane z gabinetu, lecznicy lub Schroniska;
 - 3) społeczny opiekun ma możliwość wyboru miejsca wykonania zabiegu (gabinet, lecznica lub Schronisko) w miarę dostępnych miejsc;
 - 4) w przypadku braku możliwości dostarczenia kota na zabieg przez społecznego opiekuna w sytuacji niecierpiącej zwłoki istnieje możliwość transportu zwierzęcia przez Straż Miejską w Pabianicach lub pracowników Schroniska w miarę dostępności;
 - 5) społeczny opiekun po otrzymaniu skierowania powinien w terminie 30 dni licząc od daty jego wydania zgłosić się ze zwierzęciem do gabinetu, lecznicy lub Schroniska

celem ustalenia terminu wykonania usługi weterynaryjnej określonej w skierowaniu; w przypadku niezgłoszenia się w wyznaczonym terminie skierowanie zostanie anulowane.

5. Ustala się następujące zasady przeprowadzania i finansowania leczenia wolno żyjących kotów:
 - 1) społeczni opiekunowie w celu poddania wolno żyjącego kota leczeniu na koci katar bądź *panleukopenię* obowiązani są uzyskać skierowanie ze Schroniska. Wzór wniosku o udzielenie skierowania stanowi druk nr 2;
 - 2) do gabinetu, lecznicy lub Schroniska zwierzęta będą dostarczane przez zarejestrowanych społecznych opiekunów; w razie konieczności leczone zwierzę pozostaje na obserwacji w gabinecie, lecznicy lub Schronisku; po przeprowadzonym leczeniu społeczny opiekun odbierze zwierzę i wypuści je w miejscu wcześniejszego pochwycenia;
 - 3) koty do gabinetu, lecznicy lub Schroniska będą dostarczane przez ich właścicieli bądź upoważnione przez nich osoby, a po wykonaniu zabiegu i zachowaniu okresu rekonwalescencji odbierane z gabinetu, lecznicy lub Schroniska;
 - 4) społeczny opiekun ma możliwość wyboru miejsca wykonania zabiegu (gabinet, lecznica lub Schronisko) w miarę dostępnych miejsc;
 - 5) w przypadku braku możliwości dostarczenia kota na zabieg przez społecznego opiekuna w sytuacji niecierpiącej zwłoki istnieje możliwość transportu zwierzęcia przez Straż Miejską w Pabianicach lub pracowników Schroniska w miarę dostępności;
 - 6) społeczny opiekun po otrzymaniu skierowania powinien w terminie 30 dni licząc od daty jego wydania zgłosić się ze zwierzęciem do gabinetu, lecznicy lub Schroniska celem ustalenia terminu wykonania usługi weterynaryjnej określonej w skierowaniu; w przypadku niezgłoszenia się w wyznaczonym terminie skierowanie zostanie anulowane;
 - 7) dystrybucja karmy dla wolnożyjących kotów (wyłącznie poddanych kastracji lub sterylizacji) będzie się odbywała w Schronisku i w dwa wyznaczone dni w miesiącu w siedzibie Straży Miejskiej w Pabianicach;
 - 8) dopuszcza się możliwość pobierania karmy za okazaniem stosownego upoważnienia – druk nr 8.
6. Schronisko wypożycza klatki żywołowne do łapania wolno żyjących kotów oraz transportery do ich przewozu w celu poddania zabiegom lub leczeniu.
7. Ustala się następujące zasady przeprowadzania i finansowania zabiegów dla zwierząt, których właściciele znajdują się pod opieką Miejskiego Centrum Pomocy Społecznej w Pabianicach:
 - 1) zabiegom sterylizacji / kastracji, znakowania poprzez czipowanie poddawane są wyłącznie psy i koty ww. właścicieli;
 - 2) właściciele zwierząt (pies, kot) w celu poddania go zabiegowi obowiązani są uzyskać skierowanie ze Schroniska; wzór wniosku o udzielenie skierowania stanowi druk nr 6;
 - 3) zwierzęta do gabinetu, lecznicy lub Schroniska będą dostarczane przez ich właścicieli bądź upoważnione przez nich osoby, a po wykonaniu zabiegu i zachowaniu okresu rekonwalescencji zgodnie z decyzją lekarza weterynarii odbierane z gabinetu, lecznicy lub Schroniska.
8. Ustala się następujące zasady przeprowadzania i 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 są przez Schronisko 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 wściekliźnie (dot. psów, które ukończyły 3 miesiąc życia),
 - c) książka zdrowia psa;
 - d) dowodu tożsamości właściciela psa;
- 3) wzór wniosku o udzielenie skierowania stanowi druk nr 4.
9. Właściciel psa po otrzymaniu skierowania powinien w terminie 7 dni, licząc od dnia jego wydania, zgłosić się ze zwierzęciem do gabinetu, lecznicy lub Schroniska celem ustalenia terminu wykonania usługi weterynaryjnej określonej w skierowaniu. W przypadku niezgłoszenia się w wyznaczonym terminie skierowanie zostanie anulowane.
10. Realizacja zadań objętych Programem jest limitowana wysokością środków przeznaczonych na ten cel w budżecie Miasta.
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/kota poprzez czipowanie – druk nr 6;
 - 7) skierowanie na zabieg sterylizacji/kastracji psa / kota, znakowania psa / kota – druk nr 7;
 - 8) upoważnienie do odbioru karmy – druk nr 8.
12. Deklaracje i wnioski należy składać na obowiązujących drukach w Schronisku dla Zwierząt w Pabianicach, Partyzancka 110 (osobiście, mailowo, pocztą – odpowiedzi będą udzielane w takiej samej formie w jakiej złożono wnioski).

Prezydent Miasta Pabianic

Grzegorz Mackiewicz

DEKLARACJA / KOREKTA DEKLARACJI*
OPIEKUNA SPOŁECZNEGO ZWIERZĄT - WOLNOŻYJĄCYCH 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:

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 Schronisko dla Zwierząt w Pabianicach o wszelkich zmianach danych podanych powyżej, w tym o rezygnacji z funkcji społecznego opiekuna kotów wolno żyjących.

.....
miejsce i data

.....
podpis opiekuna społecznego zwierząt

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

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

Adnotacja urzędowa o liczbie kotów objętych opieką***

Liczba kotów objętych opieką: w tym:

– po zabiegu

– do zabiegu

Forma udzielanej zwierzętom opieki:

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

* niepotrzebne skreślić

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

*** wypełnia Schronisko

**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 gabinetu, lecznicy lub Schroniska, 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 miejsca wykonania zabiegu/leczenia:

.....

.....

.....

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, pieczętka 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 wściekliznie (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 gabinetu, lecznicy lub Schroniska, a następnie odebrane przeze mnie po wykonaniu zabiegu w terminie wskazanym przez lekarza weterynarii.

.....
miejsowość 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 miejsca wykonania zabiegu:

.....

.....

.....

nr tel.

Potwierdzenie wykonania zabiegu przez lekarza weterynarii

Data wykonania zabiegu

Liczba zwierząt

Nr chipa

Nazwa bazy, do której wprowadzone zostały dane

Data wprowadzenia danych do bazy

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

**WNIOSEK O UZYSKANIE SKIEROWANIA
NA ZABIEG STERYLIZACJI / KASTRACJI* PSA / KOTA
I ZNAKOWANIA PSA / KOTA 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. Aktualne zaświadczenie potwierdzające przeprowadzenie szczepienia zwierzęcia przeciwko wściekliźnie (dot. zwierząt pow. 3 miesiąca życia).
2. Książeczka zdrowia zwierzęcia.
3. Dowód osobistego właściciela zwierzęcia.

Deklaruję, że zwierzęta zostaną doprowadzone do gabinetu, lecznicy lub Schroniska, 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

*niepotrzebne skreślić

**SKIEROWANIE NA ZABIEG
STERYLIZACJI / KASTRACJI* PSA / KOTA
I ZNAKOWANIA PSA / KOTA POPRZEZ CZIPOWANIE***,

w ramach „Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania
bezdомności 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 miejsca wykonania zabiegu:

.....

.....

.....

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/kota* (szt.):

Nr chipa

Nazwa bazy, do której wprowadzone zostały dane

Data wprowadzenia danych do bazy

* niepotrzebne skreślić

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

Pabianice, dnia r.

UPOWAŻNIENIE

Ja niżej podpisana/y,
działający jako opiekun społeczny, wpisany do rejestru prowadzonego przez Schronisko dla
Zwierząt w Pabianicach upoważniam Panią/Pana
do odbioru karmy dla kotów będących pod moją opieką w terminie

.....
podpis osoby udzielającej upoważnienie

UWAGA

Upoważniona osoba zobowiązana jest podczas odbioru karmy do okazania dowodu osobistego, osobie wydającej karmę.

Dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z rozporządzeniem 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) (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1).

Administratorem danych osobowych (czyli podmiotem decydującym o tym, jak będą wykorzystywane dane osobowe) jest Kierownik Schroniska dla Zwierząt w Pabianicach, z siedzibą w Pabianicach przy ul. Partyzanckiej 110, 95-200 Pabianice, zwany dalej „Administratorem”.