

**REGULAMIN REKRUTACJI I UDZIAŁU W PROGRAMIE „OPIEKA WYTCHNIENIOWA” DLA JEDNOSTEK  
SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO - edycja 2024**

**§ 1**

**Definicje**

1. Opiekun - osoba świadcząca usługę opieki wytchnieniowej.
2. Członek rodziny/opiekun osoby z niepełnosprawnością - osoba sprawująca bezpośrednią opiekę nad dzieckiem do ukończenia 16. roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności lub sprawująca opiekę nad osobą posiadającą orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności.
3. Beneficjent - Gmina Ostrowiec Świętokrzyski/Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Ostrowcu Świętokrzyskim, ul. Świętokrzyska 22, 27-400 Ostrowiec Świętokrzyski.
4. Kandydat - osoba ubiegająca się o uczestnictwo w programie na podstawie zasad ujętych w niniejszym Regulaminie.
5. Ośrodek - Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Ostrowcu Świętokrzyskim.
6. Program - Program Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego.
7. Uczestnik Programu - osoba zakwalifikowana do Programu zgodnie z zasadami ujętymi w niniejszym Regulaminie.

**§ 2**

**Postanowienia ogólne**

1. Program Ministra Rodziny i Polityki Społecznej: „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024, ma na celu wsparcie członków rodzin lub opiekunów w postaci doraźnej, czasowej pomocy w formie usługi opieki wytchnieniowej, tj: odciążenie od codziennych obowiązków łączących się ze sprawowaniem opieki nad dziećmi do ukończenia 16. roku życia posiadającymi orzeczenie o niepełnosprawności, a także nad osobami posiadającymi orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. (Dz. U. z 2023 r. poz. 100, z późn. zm) o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, poprzez zapewnienie czasowego zastępstwa w tym zakresie.
2. Limit godzin usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego przypadających na jedną osobę z niepełnosprawnością w 2024 r. wynosi nie więcej niż 240 godzin dla

usługi opieki wychowawczej świadczonej w ramach pobytu dziennego.

3. Podstawą prawną realizacji Programu jest art. 7 ust. 5 oraz art. 13 ust. 2 ustawy z dnia 23 października 2018 r., o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2023 r. poz. 647, z póź. zm.).
4. Program realizowany jest przez Gminę Ostrowiec Świętokrzyski - Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Ostrowcu Świętokrzyskim.
5. Program finansowany jest ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wychowawcza” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024.
6. Program skierowany jest do mieszkańców Gminy Ostrowiec Świętokrzyski.
7. Udział w Programie jest bezpłatny dla Uczestników Programu.
8. Program realizowany będzie w okresie od dnia **04.03.2024 r. do dnia 31.12.2024 r.**

### **§ 3**

#### **Adresaci Programu**

1. Program adresowany jest do członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad dziećmi do ukończenia 16. roku życia posiadającymi orzeczenie o niepełnosprawności lub osobami posiadającymi orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, którzy wymagają usług opieki wychowawczej, zwanych dalej „Uczestnikami Programu”.
2. Usługi opieki wychowawczej przysługują w przypadku zamieszkiwania członka rodziny lub opiekuna, o których mowa w ust. 1, we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą z niepełnosprawnością, która wymaga stałej opieki w zakresie potrzeb życia codziennego.

### **§ 4**

#### **Cele i założenia**

1. Głównym celem Programu „Opieka wychowawcza” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 jest wsparcie członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad:
  - 1) dziećmi 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 wymienionym w lit. a, 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 wychowawczej.
2. Pomoc w postaci usług opieki wychowawczej będzie realizowana w Gminie Ostrowiec Świętokrzyski w formie usługi opieki wychowawczej w ramach pobytu dziennego w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością.

3. Usługi opieki wytchnieniowej mają za zadanie odciążenie członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnością poprzez wsparcie ich w codziennych obowiązkach lub zapewnienie czasowego zastępstwa. Dzięki temu wsparciu osoby zaangażowane na co dzień w sprawowanie opieki nad osobą z niepełnosprawnością dysponować będą czasem, który będą mogły przeznaczyć na odpoczynek i regenerację, jak również na załatwienie niezbędnych spraw życiowych. Ważnym aspektem usługi opieki wytchnieniowej jest także wzmocnienie osobistego potencjału członków rodzin, opiekunów zaangażowanych w sposób stały w codzienne wspomaganie osób z niepełnosprawnością oraz ograniczenie wpływu na ich kondycję psychofizyczną i wiążących się z tym obciążeń.

## **§ 5**

### **Zakres usług w ramach pobytu dziennego**

1. Usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego są świadczone w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością.
2. Za wszelkie czynności realizowane przez opiekuna na prośbę osoby z niepełnosprawnością lub opiekuna osoby z niepełnosprawnością w miejscu zamieszkania i w zakresie niezgodnym z niniejszym regulaminem odpowiedzialność ponosi osoba z niepełnosprawnością lub opiekun osoby z niepełnosprawnością.
3. Zakres usług:
  - 1) pomoc w dokonywaniu bieżących porządków w używanej przez osobę niepełnosprawną części mieszkania (w zakresie jednego pokoju i kuchni),
  - 2) pomoc w utrzymaniu w czystości naczyń stołowych, kuchennych i innego sprzętu gospodarstwa domowego,
  - 3) pomoc w przepierkach rzeczy osobistych i odzieży, pomoc w prasowaniu,
  - 4) pomoc w organizowaniu prania bielizny pościelowej,
  - 5) pomoc w przygotowaniu posiłku: śniadania, obiadu, kolacji,
  - 6) sianie łóżka,
  - 7) karmienie, czesanie, ubieranie, obcinanie paznokci,
  - 8) pomoc przy myciu, kąpaniu,
  - 9) zmiana bielizny pościelowej i osobistej,
  - 10) układanie osoby niepełnosprawnej w łóżku, oklepywanie, zmiana pozycji,
  - 11) podawanie basenu, kaczki,
  - 12) zmiana pampersów,
  - 13) zapobieganie powstawaniu odleżyn, nacieranie, oklepywanie,
  - 14) zamawianie wizyt lekarskich, realizacja recept,
  - 15) pomoc przy poruszaniu się po mieszkaniu,
  - 16) podtrzymywanie kontaktów z otoczeniem, towarzyszenie w czasie spacerów lub/i w czasie nieobecności członka rodziny lub opiekuna osoby niepełnosprawnej,

- 17) pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych,
  - 18) uzgadnianie i przestrzeganie terminów wizyt lekarskich, badań diagnostycznych,
  - 19) pomoc w wykupowaniu lub zamawianiu leków,
  - 20) dopilnowanie przyjmowania leków oraz obserwowanie ewentualnych skutków ubocznych ich stosowania,
  - 21) w szczególnie uzasadnionych przypadkach zmiana opatrunków, pomoc w użyciu środków pomocniczych i materiałów medycznych, przedmiotów ortopedycznych, a także w utrzymaniu higieny,
  - 22) pomoc w dotarciu do placówek służby zdrowia, pomoc w dotarciu do placówek rehabilitacyjnych,
  - 23) pomoc w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania,
  - 24) uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia, w tym zwłaszcza wspieranie, a także asystowanie w codziennych czynnościach życiowych, w szczególności takich jak: samoobsługa, dbałość o higienę i wygląd,
  - 25) utrzymanie kontaktu z domownikami, rówieśnikami oraz ze społecznością lokalną,
  - 26) wspólne organizowanie i spędzanie czasu wolnego,
  - 27) ułatwianie dostępu do edukacji i kultury.
4. Usługi opieki wytchnieniowej w formie pobytu dziennego mogą być realizowane w godzinach od 6:00 do 22:00 przez 7 dni w tygodniu, także w święta.
  5. Limit usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego na jednego Uczestnika wynosi nie więcej niż 240 godzin w okresie realizacji Programu, tj. do 31 grudnia 2024 roku.
  6. Maksymalna długość świadczenia formy nieprzerwanego pobytu dziennego wynosi 12 godzin dla jednej osoby z niepełnosprawnością.
  7. W godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej nie mogą być świadczone inne formy pomocy usługowej, w tym: usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 901, z późn. zm.), inne usługi finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie do usług opieki wytchnieniowej finansowane ze środków publicznych.

## **§ 6**

### **Kryteria korzystania z usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego**

1. Uczestnikiem Programu może zostać osoba, która spełnia następujące kryteria:
  - a) jest członkiem rodziny/opiekunem zamieszkującym we wspólnym gospodarstwie domowym i sprawującym bezpośrednią opiekę nad:
    - a) dziećmi do ukończenia 16. roku życia posiadającymi orzeczenie o niepełnosprawności,
    - b) osobami posiadającymi orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, albo 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,

- b) złoży we wskazanym terminie wymagane dokumenty rekrutacyjne:
  - a) kartę zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, stanowiącą załącznik nr 1 do Regulaminu wraz z kserokopią aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności/o niepełnosprawności,
  - b) oświadczenie członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością o zamieszkiwaniu we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą z niepełnosprawnością, która wymaga stałej opieki w zakresie potrzeb życia codziennego, stanowiący załącznik nr 2 do Regulaminu.
2. W pierwszej kolejności uwzględnione zostaną potrzeby członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad dzieckiem do ukończenia 16. roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności lub sprawujących opiekę nad osobą posiadającą orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, która:
  - a) ma niepełnosprawność sprzężoną/złożoną,
  - b) stale przebywa w domu, tj: nie korzysta ze ośrodków wsparcia, placówek pobytu całodobowego, ze środowiskowego domu samopomocy, z dziennego domu pomocy, z warsztatu terapii zajęciowej lub niezatrudnionych, uczących się lub studiujących.

Beneficjent przyznając usługi opieki wytchnieniowej będzie brał pod uwagę stan zdrowia i sytuację życiową uczestników Programu oraz osób z niepełnosprawnościami.

## **§ 7**

### **Zasady rekrutacji w ramach pobytu dziennego**

1. Beneficjent planuje w ramach realizowanego Programu objęcie wsparciem 56 osób, w tym:
  - 1) 10 dzieci do ukończenia 16. roku życia posiadających orzeczenie o niepełnosprawności,
  - 2) 46 osób posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo 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,
2. Dokumenty wymienione w § 6 ust. 1 pkt 2) należy złożyć w formie papierowej w Kancelarii Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Ostrowcu Świętokrzyskim przy ul. Świętokrzyskiej 22 (III piętro, pokój 3.14) bądź w sekretariacie (IV piętro, pokój 4.15) od poniedziałku do piątku w godzinach od 7:00 do 15:00, pocztą tradycyjną lub drogą elektroniczną poprzez ePUAP **od dnia 12 lutego 2024 roku do dnia 23 lutego 2024 roku.**
3. Dokumenty, o których mowa w § 6 ust. 1 pkt 2) muszą zostać opatrzone własnoręcznym podpisem członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością.
4. Złożenie karty zgłoszenia do Programu wraz z innymi dokumentami, a wymaganymi przez Beneficjenta, nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem Kandydata do Programu.

5. W terminie od dnia **26 lutego 2024 r.** do dnia **28 lutego 2024 r.** zostanie przeprowadzona weryfikacja kryteriów oraz sumowanie punktów. Ocena kryteriów zostanie dokonana metodą punktacji: spełnia/nie spełnia.
6. Weryfikacja nastąpi według niżej wymienionych wartości punktowych:
  - 1) dziecko z niepełnością/osoba ze znacznym stopniem niepełnosprawności ma niepełnosprawność sprzężoną/złożoną (występują co najmniej dwa rodzaje niepełnosprawności):
    - a) Tak- 5 pkt
    - b) Nie – 0 pkt
  - 2) dziecko z niepełnością/osoba ze znacznym stopniem niepełnosprawności stale przebywa w domu tj: nie korzysta ze ośrodków wsparcia, placówek pobytu całodobowego, ze środowiskowego domu samopomocy, z dziennego domu pomocy, z warsztatu terapii zajęciowej lub niezatrudnionych, uczących się lub studiujących:
    - a) Tak – 5 pkt
    - b) Nie – 0 pkt
7. Do uczestnictwa w Programie w ramach pobytu dziennego zostaną zakwalifikowani kandydaci, którzy uzyskają największą liczbę punktów w procesie rekrutacji. O zakwalifikowaniu do Programu decydować również będzie ocena stanu zdrowia, potrzeb oraz osobistej sytuacji uczestników Programu i osoby z niepełnością, przeprowadzona przez pracownika Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej.
8. Liczba przyznanych godzin usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego będzie uzależniona od indywidualnych potrzeb uczestnika Programu i określona przez pracownika Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej.
9. W wyniku procesu rekrutacji zostaną utworzone listy: lista osób zakwalifikowanych do uczestnictwa w Programie, lista rezerwowa oraz lista osób niezakwalifikowanych do Programu. Osoby z listy rezerwowej mogą zostać zaproszone do udziału w Programie według zajmowanej pozycji na liście rezerwowej, w przypadku rezygnacji uczestnika Programu dotychczas korzystającego z usługi opieki wytchnieniowej.
10. Osoby, które złożą dokumenty rekrutacyjne po upływie terminu o którym mowa w § 7 ust. 2 spełniające kryteria o których mowa w § 6 ust. 1 zostaną umieszczone na liście rezerwowej.
11. Proces rekrutacji zakończy się wydaniem decyzji administracyjnej przyznającej usługi opieki wytchnieniowej lub decyzji odmownej.

## **§ 8**

### **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.

## **§ 9**

### **Postanowienia końcowe**

1. W przypadku zmiany miejsca zamieszkania/pobytu osoba korzystająca z usług opieki wytchnieniowej

wskazuje nowy adres, a jeżeli zmiana wykracza poza obszar Gminy Ostrowiec Świętokrzyski składa oświadczenie o rezygnacji z udziału w Programie.

2. W sprawach nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie zastosowanie mają zapisy Programu „Opieka wychowawcza” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024, ogłoszonego przez Ministra Rodziny i Polityki Społecznej.

**Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024**

**I. Dane osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej (członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością):**

Imię i nazwisko: .....

Adres zamieszkania: .....

Telefon: .....

E-mail: .....

**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 mózgowie; 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

W jakich czynnościach w szczególności wymagane jest wsparcie:

1. czynności samoobsługowe, w tym utrzymanie higieny osobistej **Tak /Nie** ;
2. prowadzenie gospodarstwa domowego i wypełnianie ról w rodzinie **Tak /Nie** ;
3. przemieszczanie się poza miejscem zamieszkania **Tak /Nie** ;



4. podejmowanie aktywności życiowej i komunikowanie się z otoczeniem **Tak**  / **Nie** .

Informacje na temat 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):

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

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

dzienna, miejsce wraz z adresem .....\*

całodobowa, miejsce wraz z adresem .....\*

w godzinach .....

w dniach .....

**IV. Wskazanie osoby, która będzie świadczyła usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego**

Czy wskazuje Pan(i) osobę niebędącą członkiem rodziny osoby z niepełnosprawnością, opiekunem osoby z niepełnosprawnością lub osobą faktycznie zamieszkującą razem z osobą z niepełnosprawnością, która będzie świadczyła, za uprzednią 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 2024, usług opieki wytchnieniowej?

**Tak**  / **Nie**

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

.....

**V. 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 2023 r. poz. 100, z późn. zm.)/ jest dzieckiem 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 2024, 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 2024.
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 2024.
5. Oświadczam, że w godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego nie będą świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 901, z późn. zm.), inne usługi finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie do usług opieki wytchnieniowej finansowane ze środków publicznych.
6. Oświadczam, że aktualnie uczestniczę/nie uczestniczę\*\*\* bądź uczestniczyłem/ nie uczestniczyłem\*\*\* w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 lub innym programie resortowym Ministra Rodziny i Polityki Społecznej w 2024 r. w zakresie usług opieki wytchnieniowej, w tym w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024. W ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 i/lub innego programu resortowego Ministra Rodziny i Polityki Społecznej w 2024 r. w zakresie usług opieki wytchnieniowej, w tym w Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024 przyznano mi ..... (wpisać liczbę godzin/dni) godzin/dni opieki wytchnieniowej.
7. W przypadku wskazania w dziale III niniejszej Karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 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 2024:

- 1) świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego:
  - a) za uprzednią zgodą gminy/powiatu, miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
  - b) ośrodek wsparcia,
  - c) dom pomocy społecznej świadczący usługi wsparcia krótkoterminowego w formie dziennej,
  - d) 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 (Dz. U. 2023, poz. 901 z późn. zm.),
  - e) w przypadku braku możliwości realizacji opieki wytchnieniowej w miejscach, o których mowa w lit. b-d, istnieje możliwość zrealizowania opieki wytchnieniowej w centrum opiekuńczo-mieszkalnym (COM), w przypadku posiadania wolnych miejsc,
  - f) za uprzednią zgodą gminy/powiatu, inne miejsce wskazane przez uczestnika Programu lub realizatora Programu, spełniające kryteria dostępności, o których mowa w ustawie z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2022 r. poz. 2240);
- 2) świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu całodobowego:
  - 1) za uprzednią zgodą gminy/powiatu, miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
  - 1) mieszkanie treningowe lub wspomagane (z wyłączeniem dzieci do ukończenia 16. roku życia posiadających orzeczenie o niepełnosprawności),
  - 2) ośrodek wsparcia,
  - 3) rodzinny domu pomocy,
  - 4) dom pomocy społecznej świadczący usługi wsparcia krótkoterminowego w formie pobytu całodobowego,
  - 5) 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,
  - 6) w placówka zapewniająca całodobową opiekę, o której mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,
  - 7) w przypadku braku możliwości realizacji opieki wytchnieniowej w miejscach, o których mowa w lit. b-g, istnieje możliwość zrealizowania opieki wytchnieniowej w centrum opiekuńczo-mieszkalnym (COM), w przypadku posiadania wolnych miejsc,
  - 8) za uprzednią zgodą gminy/powiatu, inne miejsce wskazane przez uczestnika Programu lub realizatora Programu, spełniające kryteria dostępności, o których mowa w ustawie z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2022 r. poz. 2240).

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

\*\*\* odpowiednie skreślić.

## **Kluczowa Informacyjna RODO w związku z przetwarzaniem danych osobowych w zakresie realizacji programu przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Ostrowcu Świętokrzyskim**

Zgodnie z art. 13 ust. 1-2 oraz art. 14 ust. 1-2 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) (Dz.U.UE.L.2016.119.1), zwanego dalej „RODO”, informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Ostrowcu Świętokrzyskim, ul. Świętokrzyska 22, 27-400 Ostrowiec Świętokrzyski, nr tel. 41 276 76 00, którego reprezentantem jest Dyrektor Ośrodka.
2. Administrator danych powołał Inspektora Ochrony Danych Osobowych (IODO), który reprezentuje Administratora w kwestiach związanych z przetwarzaniem danych osobowych osób fizycznych. Nr tel. IODO 41 276 76 35, adres e-mail: [biuro@mopsostrowiec.pl](mailto:biuro@mopsostrowiec.pl).
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a i c RODO wyłącznie w celu realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.
4. Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione tylko i wyłącznie podmiotom uprawnionym do ich pozyskania na podstawie przepisów prawa regulujących ich działalność. Dane osobowe mogą być udostępniane również podmiotom zewnętrznym uprawnionym do ich przetwarzania na podstawie pisemnej umowy powierzenia danych osobowych zawartej przez Administratora w celu realizacji Programu.
5. Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane do państw trzecich. Pod pojęciem państw trzecich rozumie się wszystkie kraje, które nie są państwami członkowskimi Unii Europejskiej.
6. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą przez okres niezbędny do realizacji celu przetwarzania danych tj. do czasu niezbędnego do zrealizowania Pani/Pana uprawnień np. uzyskania określonej formy pomocy. Wymieniony czas określają przepisy prawa regulujące przyznawanie poszczególnych świadczeń bądź przepisy o archiwizacji.
7. Zgodnie z RODO ma Pani/Pan w stosunku do swoich danych osobowych prawo do: dostępu, sprostowania, wniesienia skargi do organu nadzorczego (Urząd Ochrony Danych Osobowych w Warszawie), usunięcia, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, przenoszenia do innych podmiotów, uzyskania kopii danych osobowych.
8. Działalność Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej jako jednostki zajmującej się przyznawaniem ustawowej pomocy społecznej oraz socjalnej opiera się na przepisach prawa regulujących przyznawanie tego typu świadczeń, w związku z czym nie wymagana jest Pani/Pana zgoda na przetwarzanie danych osobowych.
9. Wszelkie inne niż wymienione w pkt 8 formy pomocy lub świadczeń w tym rejestrowanie rozmów telefonicznych wymagają wyrażenia Pani/ Pana zgody na przetwarzanie danych osobowych.

10. Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

**Klauzula informacyjna RODO w związku z przetwarzaniem danych osobowych w zakresie niezbędnym do wykonania przez Ministra Rodziny i Polityki Społecznej zadań związanych ze sprawozdawczością, nadzorem i czynnościami kontrolnymi.**

Zgodnie z art. 14 ust. 1 i 2 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.), zwanego dalej „RODO”, Minister Rodziny i Polityki Społecznej informuje, że:

- 1. Tożsamość administratora i dane kontaktowe**  
Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w Ministerstwie Rodziny i Polityki Społecznej jest Minister Rodziny i Polityki Społecznej, zwany dalej „Ministrem”, mający siedzibę w Warszawie (00-513), ul. Nowogrodzka 1/3/5.
- 2. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych osobowych**  
W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych prosimy o kontakt z Inspektorem Ochrony Danych, drogą elektroniczną – adres email: [iodo@mriips.gov.pl](mailto:iodo@mriips.gov.pl) lub pisemnie na adres: ul. Nowogrodzka 1/3/5, 00-513 Warszawa.
- 3. Kategorie danych osobowych**  
Przetwarzanie danych osobowych obejmuje następujące kategorie Pani/Pana danych:  
W przypadku osoby świadczącej usługi opieki wytchnieniowej określonej w przyjętym przez Ministra Programie „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024: imię i nazwisko, miejsce pracy, stanowisko, adres e-mail, numer telefonu.  
W przypadku uczestnika Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024: imię i nazwisko oraz dane określone w Karcie zgłoszenia do Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia kontroli, postępowania w trybie nadzoru lub sprawozdawczości.
- 4. Cele przetwarzania i podstawa prawna przetwarzania**  
Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w zakresie niezbędnym do wykonania przez Ministra zadań związanych ze sprawozdawczością, nadzorem oraz z czynnościami kontrolnymi dotyczącymi realizacji Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO gdyż, przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, art. 6 ust. 1 lit. e RODO gdyż, przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO gdyż, przetwarzanie jest niezbędne ze względów związanych z ważnym interesem publicznym, na podstawie prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego, które są proporcjonalne do wyznaczonego celu, nie naruszają istoty prawa do ochrony danych i przewidują odpowiednie i konkretne środki ochrony praw podstawowych i interesów osoby, której dane dotyczą, w tym do wypełnienia obowiązków w zakresie zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej wynikających z Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, przyjętego na podstawie art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2023 r. poz. 647 z późn. zm.).
- 5. Odbiorcy danych lub kategorie odbiorców danych**  
Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora w zakresie realizowanych przez niego obowiązków oraz w związku

z wykonywaniem czynności związanych z realizacją Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, a także innym podmiotom lub organom upoważnionym do pozyskania Pani/Pana danych na podstawie przepisów prawa (np. podmiotom kontrolującym Ministra). Administrator nie będzie przekazywał Pani/Pana danych osobowych do państwa trzeciego lub do organizacji międzynarodowej.

6. Okres przechowywania danych

Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą do czasu wygaśnięcia obowiązku przechowywania tych danych wynikających z realizacji Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, a następnie do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów dotyczących archiwizacji dokumentacji.

7. Prawa podmiotów danych

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych, prawo do żądania ich sprostowania, do ograniczania przetwarzania tych danych oraz prawo do żądania ich usunięcia po upływie okresu, o którym mowa powyżej. Realizacja powyższych praw musi być zgodna z przepisami prawa, na podstawie których odbywa się przetwarzanie danych osobowych, a także m.in. z zasadami wynikającymi z Kodeksu postępowania administracyjnego i zasadami archiwizacji.

8. Zautomatyzowane podejmowanie decyzji w tym profilowanie

W trakcie przetwarzania Pani/Pana danych osobowych nie będzie dochodzić do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani do profilowania.

9. Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO) ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, tel.: 22 531 03 00.

10. Źródło pochodzenia danych

Pani/Pana dane zostały przekazane przez jednostkę samorządu terytorialnego lub podmiot uprawniony do prowadzenia działalności pożytku publicznego, która/który przekazał/a nam je w związku z Pani/Pana udziałem w Programie „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.

11. Informacja o dobrowolności lub obowiązku podania danych:

Podanie danych osobowych jest konieczne dla celów związanych z wykonywaniem zadań Ministra w ramach Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.

Ostrowiec Świętokrzyski, dnia .....

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres zamieszkania opiekuna prawnego lub członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością)

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zamieszkuję we wspólnym gospodarstwie z osobą z niepełnosprawnością – Panią/Panem/Dzieckiem\* ....., która wymaga stałej opieki w zakresie potrzeb życia codziennego.

.....  
(podpis opiekuna prawnego lub członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością)

\*niepotrzebne skreślić