

REGULAMIN REKRUTACJI I UDZIAŁU W PROGRAMIE „OPIEKA WYTCHNIENIOWA” DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO - edycja 2025

§ 1

Definicje

1. Opiekun - osoba świadcząca usługę opieki wytchnieniowej.
2. Członek rodziny/opiekun osoby z niepełnosprawnością - osoba sprawująca bezpośrednią opiekę nad dzieckiem od ukończenia 2 roku życia 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. Realizator Programu - Gmina Ostrowiec Świętokrzyski/Centrum Usług Społecznych 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. Centrum – Centrum Usług Społecznych w Ostrowcu Świętokrzyskim.
6. Program - Program Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego.
7. Uczestnik Programu - osoba zakwalifikowana do Programu zgodnie z zasadami ujętymi w niniejszym Regulaminie.

§ 2

Postanowienia ogólne

1. Program Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej: „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025, ma na celu wsparcie członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad: dziećmi od ukończenia 2. roku życia 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 2024 r. poz. 44, z późn. zm) o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,

poprzez umożliwienie uzyskania doraźnej, czasowej pomocy w formie usługi opieki wytchnieniowej, tj. odciążenie od codziennych obowiązków łączących się ze sprawowaniem opieki nad osobą z niepełnosprawnością przez zapewnienie czasowego zastępstwa w tym zakresie. Dzięki temu wsparciu, osoby zaangażowane na co dzień w sprawowanie opieki nad osobą z niepełnosprawnością dysponować będą czasem, który mogą przeznaczyć na odpoczynek i regenerację, jak również na załatwienie niezbędnych spraw życiowych.

2. Limit godzin usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego przypadających na jedną osobę z niepełnosprawnością w 2025 r. wynosi nie więcej niż 240 godzin dla usługi opieki wytchnieniowej 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 – Centrum Usług Społecznych w Ostrowcu Świętokrzyskim.
5. Program finansowany jest ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach Programu Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025.
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 **01.04.2025r. do dnia 31.12.2025 r.**

§ 3

Adresaci Programu

1. Program adresowany jest do członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad dziećmi od 2 roku życia 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 wytchnieniowej, zwanych dalej „Uczestnikami Programu”.
2. Usługi opieki wytchnieniowej 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 wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego– edycja 2025 jest wsparcie członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad:
 - 1) dziećmi od ukończenia 2 roku życia do ukończenia 16 roku życia posiadających 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 wytchnieniowej.
2. Pomoc w postaci usług opieki wytchnieniowej będzie realizowana w Gminie Ostrowiec Świętokrzyski w formie usługi opieki wytchnieniowej 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 2025 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 2024 r. poz. 1283, 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:
 - 1) jest członkiem rodziny/opiekunem zamieszkującym we wspólnym gospodarstwie domowym i sprawującym bezpośrednią opiekę nad:
 - a) dziećmi od ukończenia 2. roku życia 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,
 - 2) złoży we wskazanym terminie wymagane dokumenty rekrutacyjne:
 - a) kartę zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, 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,
 - c) kartę zakresu czynności w ramach usług opieki wytchnieniowej do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2025 – załącznik nr 3 do niniejszego Regulaminu,
 - d) oświadczenie o spełnianiu warunków uprawniających do korzystania z usług społecznych- załącznik nr 4 do Regulaminu.
2. W pierwszej kolejności uwzględnione zostaną potrzeby członków rodzin lub opiekunów sprawujących

bezpośrednią opiekę nad dzieckiem od 2 roku życia 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 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. Realizator Programu przyznając usługi opieki wytchnieniowej będzie brał pod uwagę stan zdrowia i sytuację osobistą uczestników Programu oraz osób z niepełnosprawnościami.

§ 7

Zasady rekrutacji w ramach pobytu dziennego

1. Realizator Programu planuje objęcie wsparciem 46 osób, w tym:
 - 1) 7 dzieci od ukończenia 2 roku życia do ukończenia 16 roku życia posiadających orzeczenie o niepełnosprawności,
 - 2) 39 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 Centrum Usług Społecznych 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, drogą elektroniczną poprzez ePUAP lub e - Doręczenia **od dnia 10.03.2025 roku do dnia 21.03.2025 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. Kandydat niespełniający kryteriów formalnych nie zostanie zakwalifikowany do udziału w Programie. O zakwalifikowaniu do Programu decydować również będzie ocena stanu zdrowia, potrzeb oraz osobistej sytuacji uczestników Programu i osoby z niepełnosprawnością, przeprowadzona przez pracownika Centrum Usług Społecznych.
6. **Liczba przyznanych godzin usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego będzie uzależniona od indywidualnych potrzeb uczestnika Programu i określona przez pracownika Centrum Usług Społecznych.**
7. Realizator Programu poinformuje w formie pisemnej, Uczestnika Programu lub jego opiekuna

prawnego, o przyznaniu usług opieki wytchnieniowej, o przyznanym wymiarze godzin usług w danym roku kalendarzowym oraz o ustalonym zakresie czynności.

8. Realizator Programu poinformuje decyzją administracyjną o odmowie przyznania usług opieki wytchnieniowej.
9. W wyniku procesu rekrutacji zostaną utworzone listy: lista osób zakwalifikowanych do uczestnictwa w Programie, lista rezerwowa oraz lista osób niezakwalifikowanych do Programu. Na listę rezerwową trafią kandydaci spełniający kryteria, nie zakwalifikowani do Programu z powodu braku miejsc.
10. **W przypadku zwolnienia się godzin, osoby z listy rezerwowej mogą zostać zakwalifikowane do udziału w Programie.**
11. Osoby z listy rezerwowej mogą zostać zakwalifikowane do udziału w Programie według zajmowanej pozycji na liście rezerwowej.
12. 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.
13. Dopuszcza się możliwość prowadzenia rekrutacji uzupełniającej w przypadku braku chętnych osób do udziału w Programie i braku listy rezerwowej.

§ 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 wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025, ogłoszonego przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

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

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

.....

Telefon:

E-mail:

Data urodzenia:

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

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 2025, usług opieki wytchnieniowej?

Tak / **Nie**

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

.....

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 2024 r. poz. 44, z późn. zm.)/ jest dzieckiem od ukończenia 2. roku życia 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 2025, 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 2025.
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 2025.
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 2024 r. poz. 1283, 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 2025 lub innym programie resortowym Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w 2025 r. w zakresie usług opieki wytchnieniowej, w tym w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025. W ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 i/lub innego programu resortowego Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w 2025 r. w zakresie usług opieki wytchnieniowej, w tym w Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025 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 2025 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 2025:

- 1) świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego:
 - a) ośrodek wsparcia,
 - b) dom pomocy społecznej świadczący usługi wsparcia krótkoterminowego w formie dziennej,
 - c) 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. 2024, poz. 1283 z późn. zm.),
 - d) w przypadku braku możliwości realizacji opieki wytchnieniowej w miejscach, o których mowa w lit. a-c, istnieje możliwość zrealizowania opieki wytchnieniowej w centrum opiekuńczo-mieszkalnym (COM), na zasadach określonych w poszczególnych edycjach Programu Centra Opiekuńczo-Mieszkalne,
 - e) za uprzednią zgodą gminy/powiatu, miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
 - 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 z późn. zm.);
- 2) świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu całodobowego:
 - a) mieszkanie treningowe lub wspomagane (wyłącznie osoby pełnoletnie),
 - b) ośrodek wsparcia,
 - c) rodzinny domu pomocy,
 - d) dom pomocy społecznej świadczący usługi wsparcia krótkoterminowego w formie pobytu całodobowego,
 - e) 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,
 - f) placówka zapewniająca całodobową opiekę, o której mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,
 - g) w przypadku braku możliwości realizacji opieki wytchnieniowej w miejscach, o których mowa w lit. a-f, istnieje możliwość zrealizowania opieki wytchnieniowej w centrum opiekuńczo-mieszkalnym (COM), w przypadku posiadania wolnych miejsc,
 - h) za uprzednią zgodą gminy/powiatu, miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
 - i) 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 niepełno-sprawności.

*** odpowiednie skreślić.

Informacja o przetwarzaniu Pana/i danych osobowych

Oświadczam, że zostałam/em poinformowany o tym że:

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 Centrum Usług Społecznych w Ostrowcu Świętokrzyskim, ul. Świętokrzyska 22, 27- 400 Ostrowiec Świętokrzyski, nr tel. (41) 276 – 76 - 00, którego reprezentantem jest Dyrektor Centrum.
2. Administrator danych powołał Inspektora Ochrony Danych (IOD), który reprezentuje Administratora w kwestiach związanych z przetwarzaniem danych osobowych osób fizycznych.
Nr tel. IOD (41) 276-76-35, adres e-mail: 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 zadań Centrum określonych przepisami prawa.
4. Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione tylko i wyłącznie podmiotom uprawnionym do ich pozyskania na podstawie przepisów prawa regulujących ich działalność.
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 Centrum Usług Społecznych 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.

Zgoda:

Wyrażam zgodę, na przetwarzanie danych osobowych, przez Centrum Usług Społecznych w Ostrowcu Świętokrzyskim, w związku z realizacją usług społecznych przez ww. Centrum.

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy/opiekuna faktycznego/
przedstawiciela Ustawowego)

Klauzula informacyjna RODO w ramach Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

Zgodnie z art. 13 i 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, Pracy i Polityki Społecznej informuje, że:

Tożsamość administratora i dane kontaktowe

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, zwany dalej „Ministrem”, mający siedzibę w Warszawie (00-513), ul. Nowogrodzka 1/3/5.

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 lub pisemnie na adres: ul. Nowogrodzka 1/3/5, 00-513 Warszawa.

Kategorie danych osobowych

Przetwarzanie danych osobowych obejmuje następujące kategorie Pani/Pana służbowych danych jako pracownika urzędu wojewódzkiego albo jako pracownika urzędu gminy/urzędu powiatu (zakres przetwarzanych służbowych danych osobowych):

- imię, nazwisko,
- zajmowane stanowisko,
- miejsce pracy,
- numer telefonu,
- adres e-mail.

Cele przetwarzania i podstawa prawna przetwarzania

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w zakresie niezbędnym do wykonania przez Ministra zadań związanych z realizacją, sprawozdawczością, nadzorem oraz z czynnościami kontrolnymi dotyczącymi realizacji Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO tj. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze oraz art. 6 ust. 1 lit. e RODO tj. przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi - w związku z art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2024 r. poz. 296 z późn. zm.) i ww. programem.

Odbiorcy danych lub kategorie odbiorców danych

Pani/Pana dane nie będą przekazywane innym podmiotom, z wyjątkiem podmiotów uprawnionych do ich przetwarzania na podstawie przepisów prawa oraz podmiotów wspierających Ministra w wypełnianiu obowiązków i świadczeniu usług, w tym zapewniających obsługę, asystę i wsparcie techniczne dla Generatora Funduszu Solidarnościowego, w którym są przetwarzane Pani/Pana

dane.

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 2025, a następnie do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów dotyczących archiwizacji dokumentacji.

Prawa podmiotów danych

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych, prawo do żądania ich sprostowania oraz prawo do żądania ich usunięcia po upływie okresu, o którym mowa powyżej.

Zautomatyzowane podejmowanie decyzji w tym profilowanie

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

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.

Źródło pochodzenia danych

Podmiot realizujący Program „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 na poziomie województwa, powiatu albo gminy, który wskazał dane Pani/Pana, jako dane swojego przedstawiciela lub osoby do kontaktów lub osoby upoważnionej do podejmowania czynności w Generatorze Funduszu Solidarnościowego.

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 2025.

Ostrowiec Świętokrzyski, dnia

.....
(imię i nazwisko)

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

OŚWIADCZENIE

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

.....
(Podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością)

*niepotrzebne skreślić

Ostrowiec Świętokrzyski, dnia

.....
(imię i nazwisko opiekuna/członka rodziny)

Zakres wsparcia w ramach usługi opieki wytchnieniowej

.....
(imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością /dziecka z niepełnosprawnością)

Usługi opiekuńcze świadczone w ramach opieki wytchnieniowej obejmują w szczególności następujący zakres:

1. pomoc w dokonywaniu bieżących porządków w używanej przez osobę niepełnoprawną 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.

.....

Podpis pracownika

.....

(podpis osoby z niepełnosprawnością/opiekuna)

Ostrowiec Świętokrzyski, dnia

.....
Imię i nazwisko Wnioskodawcy

.....
Adres zamieszkania

.....
Telefon kontaktowy

Oświadczenie

Oświadczam, że:

- 1) **spełniam** określone w programie usług społecznych Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 realizowanym przez Centrum Usług Społecznych w Ostrowcu Świętokrzyskim, warunki korzystania z tych usług.
- 2) **zamieszkuje** na terenie Gminy Ostrowiec Świętokrzyski.

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy/opiekuna faktycznego/
przedstawiciela Ustawowego)

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy/opiekuna faktycznego/
przedstawiciela Ustawowego)