



**Regulamin naboru, uczestnictwa i realizacji Programu: „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek
Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 – finansowanego ze środków „Funduszu
Solidarnościowego”**

§ 1

Postanowienia ogólne

Niniejszy dokument, zwany dalej „Regulaminem”, określa warunki naboru, uczestnictwa w Programie „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego.

§ 2

Adresaci Programu

1. W 2025 roku na terenie Gminy Miejskiej Kętrzyn planuje się objęcie pomocą w formie opieki wytchnieniowej łącznie 5 osób, nad którymi członkowie rodzin lub opiekunowie sprawują całodobową opiekę, pozostają z nimi we wspólnym gospodarstwie domowym i wymagają pomocy w zakresie zapewnienia czasowego zastępstwa wpływającego na odciążenie psychofizyczne opiekunów.
2. W ramach Programu: „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025 docelowo pomocą objętych zostanie:
 - 1) w ramach pobytu całodobowego:
 - a) 2 osoby dorosłe posiadające orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności.
 - 2) W ramach pobytu dziennego:
 - a) 3 osób dorosłych posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności.
3. Liczba uczestników może ulec zwiększeniu, jeśli osoby zakwalifikowane do udziału w Programie nie wykorzystają pełnego wsparcia w ramach nałożonych limitów.
4. Adresatami Programu będą członkowie rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad dziećmi od ukończenia 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 wymienionym wyżej, 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.).
5. 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.



§ 3

Formy wsparcia w ramach Programu: „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

1. Głównym celem Programu jest wsparcie członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad:
 - 1) dziećmi od ukończenia 2 roku życia 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 (Dz. U. z 2024 r. poz. 44 z późn. zm.)

- 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. Usługi opieki wytchnieniowej mogą służyć również okresowemu zabezpieczeniu potrzeb osoby z niepełnosprawnością w sytuacji, gdy członkowie rodzin lub opiekunowie z różnych powodów nie będą mogli wykonywać swoich obowiązków.
2. Usługa wsparcia opieki wytchnieniowej – edycja 2025 na terenie Gminy Miejskiej Kętrzyn realizowana będzie w ramach pobytu całodobowego oraz dziennego w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością, które otrzyma pozytywną opinię Gminy.
3. Terminy oraz godziny usług opieki wytchnieniowej ustalane będą indywidualnie z uczestnikiem przez podmiot / osobę wyznaczoną przez wykonawcę wylonionego w ramach przeprowadzonego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego z uwzględnieniem możliwości realizacji usługi.
4. Przewidywany, szacunkowy wymiar wsparcia usługi opieki wytchnieniowej wynosi:
 - 1) Pobyt całodobowy
 - a) dla 2 uczestników dorosłych – 28 dni przez okres trwania Programu (14 dni dla 1 uczestnika),
 - 2) pobyt dzienny:
 - a) dla 3 uczestników dorosłych – 505 godzin do końca trwania Programu (162 godz. dla 1 uczestnika, 163 godz. dla 1 uczestnika, 180 godz. Dla 1 uczestnika).

§ 4



**Proces rekrutacji do Programu: „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu
Terytorialnego – edycja 2025**

1. Nabór Uczestników Programu: „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025 prowadzony jest przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kętrzynie w sposób ciągły do czasu wyczerpania miejsc zaplanowanych w ramach realizacji Programu. Informacje na temat Programu udzielane są telefonicznie pod nr telefonu: (89) 751 74 19.
2. Wzór karty zgłoszenia do Programu: „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025 stanowi **załącznik nr 1** do niniejszego regulaminu.
3. Do Karty zgłoszenia należy dołączyć:
 - 1) kserokopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności/o niepełnosprawności;
 - 2) opinię dot. miejsca świadczenia opieki wytchnieniowej – **załącznik nr 2**;
 - 3) podpisaną klauzulę informacyjną RODO – **załącznik nr 3**;
 - 4) zgodę na przetwarzanie danych osobowych – **załącznik nr 4**.

§ 5

**Tryb rozpatrywania wniosków do Programu: „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu
Terytorialnego – edycja 2025.**

1. W przypadku złożenia przez kandydata do Programu niekompletnej dokumentacji strona zostanie w wyznaczonym terminie wezwana do uzupełniania braków formalnych. Brak stawienia się w wyznaczonym terminie do uzupełnienia braków formalnych będzie skutkować odrzuceniem kandydatury uczestnictwa w Programie.
2. Rozpatrywanie wniosków prowadzone będzie przez Koordynatora Programu wyznaczonego przez Dyrektora MOPS w Kętrzynie przy aktywnym udziale pracowników socjalnych.
3. Zgodnie z wytycznymi Programu gmina przyznając usługę opieki wytchnieniowej w pierwszej kolejności uwzględni potrzeby członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad dzieckiem z orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności lub osobą ze znacznym stopniem niepełnosprawności bądź orzeczeniem równoważnym, która ma niepełnosprawność sprzężoną-złożoną, wymaga wysokiego poziomu wsparcia i stale przebywa w domu tj. nie korzysta z ośrodka wsparcia lub placówek pobytu całodobowego.
4. Przyznając usługi opieki wytchnieniowej gmina bierze również pod uwagę stan zdrowia i sytuację życiową Uczestników Programu.
5. O wszelkich zmianach mających wpływ na prawo i warunki korzystania z usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu (np. utrata statusu osoby z niepełnosprawnością, zmiana stopnia niepełnosprawności, korzystanie w danym roku kalendarzowym z usług opieki wytchnieniowej



finansowanych ze środków z Funduszu w ramach innych programów dotyczących usług opieki wytchnieniowej), uczestnik Programu jest obowiązany niezwłocznie poinformować gminę lub inny podmiot, o którym mowa w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego w części IV ust. 4, któremu gmina zleciła realizację usług opieki wytchnieniowej, nie później niż w ciągu 7 dni od dnia nastąpienia zmiany.

6. Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny osoby z niepełnosprawnością uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością.
7. Na potrzeby realizacji Programu za opiekuna osoby z niepełnosprawnością uznaje się opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad osobą posiadającą orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności oraz opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad dzieckiem od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności (w tym opiekuna sprawującego opiekę w ramach rodziny zastępczej i rodzinnego domu dziecka).
8. Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kętrzynie dokonuje weryfikacji kart zgłoszeń pod względem formalnym na podstawie kompletu dokumentów złożonych przez kandydatów do Programu.
9. Kandydat lub opiekun prawny zostanie poinformowany w formie pisemnej o przyznaniu usług opieki wytchnieniowej oraz przyznanym wymiarze godzin/dni usług w danym roku kalendarzowym.
10. W przypadku większej liczby zgłoszeń niż limit miejsc w Programie kandydat do Programu otrzymuje informację pisemną o braku kwalifikacji do Programu. W sytuacji zgłoszenia większej liczby uczestników aniżeli przewidywana liczba miejsc w Programie o kolejności przyjęcia do Programu będzie decydować kolejność zgłoszeń.
11. Złożenie dokumentów rekrutacyjnych nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Programie.
12. MOPS w Kętrzynie powiadomi uczestnika Programu o podjętej decyzji dotyczącej zakwalifikowania bądź niezakwalifikowania do udziału w Programie. Decyzje o zakwalifikowaniu lub odmowie nie są decyzjami w rozumieniu przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego.
13. Po zakwalifikowaniu do Programu uczestnik zobowiązany będzie do złożenia pozostałych dokumentów niezbędnych do prawidłowej realizacji Programu.



**Obowiązki uczestnika Programu: „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu
Terytorialnego - edycja 2025**

1. Osoba zakwalifikowana do Programu uzyskuje status Uczestnika Programu: „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.
2. Uczestnik Programu zobowiązany jest do:
 - 1) uczestnictwa w zaplanowanych wobec niego formach wsparcia;
 - 2) wcześniejszego informowania osoby świadczącej usługę opieki wytchnieniowej o nieobecności w terminie umówionego spotkania;
 - 3) niezwłocznego informowania Koordynatora Programu i Wykonawcę o wszelkich zmianach i okolicznościach mogących mieć wpływ na realizację Programu, np. o utracie statusu osoby z niepełnosprawnością, o zmianie stopnia niepełnosprawności, o korzystaniu w danym roku kalendarzowym z usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków Funduszu w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej w ciągu 7 dni od nastąpienia zmiany;
 - 4) przedłożenia kompletu niezbędnych dokumentów celem prawidłowej realizacji Programu;
 - 5) aktywnej współpracy z osobą wykonującą usługę opieki wytchnieniowej;
 - 6) przestrzegania zasad niniejszego Regulaminu.
3. W przypadku braku przestrzegania zasad niniejszego Regulaminu strona traci status Uczestnika Programu.

§ 7

Dane osobowe

Przetwarzane przez Realizatora Programu dane osobowe są 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 szczególnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) zwanego RODO oraz ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. z 2019 r., poz. 1781 z późn. zm.).

§ 8

Postanowienia końcowe

1. Kwestie nieuregulowane w niniejszym dokumencie rozstrzygane będą przez Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kętrzynie.
2. Niniejszy Regulamin obowiązuje przez okres trwania Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025.



3. MOPS w Kętrzynie zastrzega sobie prawo do zmiany postanowień niniejszego Regulaminu niezbędnych do prawidłowej realizacji Programu.
4. Regulamin Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025 zostaje poddany do publicznej wiadomości poprzez umieszczenie go na stronie internetowej MOPS w Kętrzynie, zostaje również udostępniony stronom w siedzibie MOPS w Kętrzynie.
5. Program: „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025 realizowany będzie przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kętrzynie.
6. Załączniki do Regulaminu, stanowiące jego integralną część stanowią:
 - 1) Załącznik nr 1: Karta zgłoszenia do Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025;
 - 2) Załącznik nr 2: Opinia dot. miejsca świadczenia opieki wytchnieniowej;
 - 3) Załącznik nr 3: Klauzula informacyjna w ramach Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025;
 - 4) Załącznik nr 4: Zgoda na przetwarzanie danych osobowych;
 - 5) Załącznik nr 5: Karta zlecenia usługi oraz zakres wsparcia w ramach Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025;
 - 6) Załącznik nr 6: Karty informacyjnej osoby niepełnosprawnej;
 - 7) Załącznik nr 7: Karta rozliczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025;
 - 8) Załącznik nr 8: Protokół z przeprowadzonej kontroli jakości świadczonych usług w ramach Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025.



**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 mózgowe; 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):

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

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

☐ dzienna, miejsce wraz z adresem

.....*

☐ całodobowa, miejsce wraz z adresem

.....*

☐ w godzinach

.....

☐ w dniach

.....

III. 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:

.....

IV. 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. z 2024 r., 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 z 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2024 r. poz. 1411 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 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 z 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2024 r. poz. 1411 z późn. zm.).

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

*** odpowiednie skreślić.



OPINIA
dot. miejsca świadczenia opieki wytchnieniowej

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kętrzynie – realizator „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 – wydaje pozytywną opinię dotyczącą miejsca świadczenia opieki wytchnieniowej, tj. miejsca zamieszkania:

Pani/Pana

w Kętrzynie, ul.

.....

(Miejscowość, data i podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)



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@mrips.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.



ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679z 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 wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Administratora Danych Osobowych – Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kętrzynie mający swoją siedzibę 11-400 Kętrzyn ul. Pocztowa 11 reprezentowany przez Dyrektora – Katarzynę Hoszkiewicz.

Oświadczam, że swoje dane osobowe podaję dobrowolnie i zapewniam, że są zgodne z prawdą.

Zapoznałam/em się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym również przysługujących mi prawach a zwłaszcza prawie dostępu do treści moich danych osobowych, ich poprawiania czy usunięcia.

.....

(Miejscowość, data, podpis)



**Karta zlecenia usługi oraz zakres wsparcia w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla
Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.**

- I. Niniejszym zleca się firmie**
.....
- II. Wykonanie usługi społecznej w formie opieki wytchnieniowej na rzecz opiekuna/ członka rodziny osoby niepełnosprawnej:**

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Telefon:..... E-mail:

- III. Usługa społeczna przysługuje dla osoby niepełnosprawnej, w związku z opieką nad którą opiekunowi przyznane zostały usługi opieki wytchnieniowej:**

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Telefon:..... E-mail:

IV. Forma, wymiar i miejsce świadczenia usługi opieki wytchnieniowej:

1. Opieka wytchnieniowa przyznana w formie:

☐ pobyt dzienny,

☐ opieka całodobowa,

2. Opieka wytchnieniowa przyznana w wymiarze: godzin/dni*
3. Miejsce realizacji usługi opieki wytchnieniowej:

V. Zakres wsparcia usługi opieki wytchnieniowej (odpowiednie podkreślić):

- 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 posiłków: śniadania, obiadu, kolacji,
- 6) ślanie łózka,
- 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 przy 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,
- 23) pomoc w dotarciu do placówek rehabilitacyjnych,
- 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.

.....

(data i podpis Zamawiającego)

*niepotrzebne skreślić



Karta informacyjna osoby niepełnosprawnej

Karta informacyjna dotyczy osoby niepełnosprawnej:

Nazwisko i imię

Data urodzenia:

Adres zamieszkania

.....

Kętrzyn

Tel:

ul.

Dane osoby, której przyznane zostały usługi opieki wytchnieniowej (opiekuna/członka rodziny sprawującego bezpośrednią opiekę nad osobą niepełnosprawną):

Nazwisko i imię:

Data urodzenia:

Stopień pokrewieństwa w stosunku do osoby niepełnosprawnej:

Adres zamieszkania: Kętrzyn, ul.

Tel:

Informacje na temat ograniczeń osoby niepełnosprawnej w zakresie komunikowania się lub poruszania (uzyskane na podstawie wypełnionej karty zgłoszenia do Programu):

.....

.....

.....

Data zlecenia usługi opieki wytchnieniowej:

.....

(podpis zlecającego usługę)



**Karta realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek
Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**

I. Dane osoby, której przyznane zostały 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, członkowi rodziny/opiekunowi przyznane zostały usługi opieki wytchnieniowej:

Imię i nazwisko:

.....

Data urodzenia:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Informacje dotyczące realizowanych usług opieki wytchnieniowej:

1. Opieka wytchnieniowa przyznana w formie: dziennej, całodobowej*.

2. Opieka wytchnieniowa przyznana w wymiarze:

.....

3. Miejsce (wraz z adresem) realizacji usług opieki wytchnieniowej:

.....

.....

(Uwaga: Kartę realizacji usług należy uzupełniać na bieżąco)

Lp.	Data realizacji opieki wytchnieniowej	Miejsce realizacji opieki wytchnieniowej	Godziny/dni realizacji opieki wytchnieniowej	Liczba godzin/dób świadczonej opieki wytchnieniowej	Potwierdzenie realizacji usługi opieki wytchnieniowej przez osobę bądź placówkę, która ją realizowała	Podpis osoby objętej opieką wytchnieniową : członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością
1.						
2.						
3.						
4.						



Program finansowany ze środków
Funduszu Solidarnościowego



Lp.	Data realizacji opieki wytchnieniowej	Miejsce realizacji opieki wytchnieniowej	Godziny/dni realizacji opieki wytchnieniowej	Liczba godzin/dób świadczonej opieki wytchnieniowej	Potwierdzenie realizacji usługi opieki wytchnieniowej przez osobę bądź placówkę, która ją realizowała	Podpis osoby objętej opieką wytchnieniową : członka rodziny/opiek una osoby z niepełnospraw nością
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						
16.						
17.						
18.						
19.						
20.						
21.						
22.						
23.						
24.						
25.						
26.						



Program finansowany ze środków
Funduszu Solidarnościowego



Lp.	Data realizacji opieki wytchnieniowej	Miejsce realizacji opieki wytchnieniowej	Godziny/dni realizacji opieki wytchnieniowej	Liczba godzin/dób świadczonej opieki wytchnieniowej	Potwierdzenie realizacji usługi opieki wytchnieniowej przez osobę bądź placówkę, która ją realizowała	Podpis osoby objętej opieką wytchnieniową : członka rodziny/opiek una osoby z niepełnospraw nością
27.						
28.						
29.						
30.						

4. Łączna liczba godzin/dób świadczonej usługi opieki wytchnieniowej w formie:

- 1) dziennej wynosi godzin;
- 2) całodobowej wynosidób.

5. Potwierdzam zgodność karty realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025:

.....

Data i podpis członka rodziny/ opiekuna osoby z niepełnosprawnością

6. Potwierdzam zgodność karty realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025:

.....

Data i podpis osoby reprezentującej realizatora Programu

*Należy podkreślić realizowaną formę usług.



Protokół Nr
z przeprowadzonej kontroli jakości świadczonych usług w ramach
Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

Kętrzyn, dnia r.

.....
pieczęć realizatora Programu

Godzina rozpoczęcia kontroli

Godzina zakończenia kontroli

I. Miejsce dokonania kontroli

.....

II. Imię i nazwisko osoby korzystającej z usługi opieki wytchnieniowej

.....

III. Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej, w związku z opieką nad którą opiekun korzysta z usług opieki wytchnieniowej

.....

IV. W trakcie kontroli stwierdzono co następuje

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

IV. Ocena dotycząca realizowanej usługi opieki wytchnieniowej

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

.....
Podpis osoby korzystającej z usługi

.....
Podpis osoby przeprowadzającej kontrolę



Program finansowany ze środków
Funduszu Solidarnościowego





Program finansowany ze środków
Funduszu Solidarnościowego





Program finansowany ze środków
Funduszu Solidarnościowego

