

# ZARZĄDZENIE Nr 7...../2024

Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie

w Szczytnie

z dnia 01.03.2024 roku

**w sprawie: wprowadzenia regulaminu realizacji programu „Opieka Wytchnieniowa” na 2024 rok.**

Na podstawie art. 7 ust. 5 oraz art. 13 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2023 r. poz. 647, 1407 i 1429 ), § 5 ust. 6 Regulaminu Organizacyjnego Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Szczytnie przyjętego uchwałą Nr 54/XVII/2019 Zarządu Powiatu w Szczytnie z dnia 13 sierpnia 2019 r. oraz Uchwały Nr 67/XXII/2023 Zarządu Powiatu Szczyckiego z dnia 07 XI 2023 r. w sprawie upoważnienia Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Szczytnie do podejmowania czynności związanych z realizacją Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka Wytchnieniowa”- edycja 2024.

Zarządza się, co następuje:

§ 1

Wprowadza się Regulamin realizacji programu „Opieka Wytchnieniowa”- edycja 2024 roku w zakresie udzielania wsparcia stanowiący do niniejszego zarządzenia.

§ 2

Zarządzenie wchodzi z dniem wydania.

DYREKTOR  
POWIATOWEGO CENTRUM  
POMOCY RODZINIE  
*Maria Ziółtek*

.....  
Podpis Dyrektora

RADCA PRAWNY  
*Ewa Granacka*



**REGULAMIN REALIZACJI PROGRAMU**  
***„Opieka Wytchnieniowa”- Edycja 2024***



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej



## **§1**

### **Postanowienie ogólne**

1. Program „Opieka Wytchnieniowa” – edycja 2024 (dalej zwany: „Programem”) jest finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej.
2. Niniejszy regulamin określa zasady realizacji Programu „Opieka Wytchnieniowa” – edycja 2024.
3. Realizatorem Programu „Opieka Wytchnieniowa”- edycja 2024 jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Szczytnie na podstawie uchwały Nr 67/XXII/2023 Zarządu Powiatu Szczyckiego z dnia 07 listopada 2023 roku w sprawie upoważnienia Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Szczytnie do podejmowania czynności związanych z realizacją Programu Ministra Rodziny i Opieki Społecznej „Opieka Wytchnieniowa” – edycja 2024.
4. Program „Opieka Wytchnieniowa” – edycja 2024 będzie realizowany na terenie Powiatu Szczyckiego.

## **§2**

### **Podstawa prawna programu**

1. Podstawą prawną Programu jest art. 7 ust. 5 oraz art. 13 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym. Nabór wniosków przeprowadzony zostanie zgodnie z art. 13 ust. 2 ustawy.
2. Program Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka Wytchnieniowa” – edycja 2024 finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego.
3. Uchwała Nr 67/XXII/2023 Zarządu Powiatu Szczyckiego z dnia 07 listopada 2023r. w sprawie upoważnienia Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Szczytnie do podejmowania czynności związanych z realizacją Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka Wytchnieniowa”- edycja 2024.

## **§3**

### **Cele i adresaci programu**

1. Program jest kierowany do członków rodzin lub opiekunów, którzy wymagają wsparcia w postaci doraźnej, czasowej przerwy w sprawowaniu bezpośredniej opieki nad dziećmi z orzeczeniem o niepełnosprawności, a także nad osobami posiadającymi orzeczenie



o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności.

2. Opieka wytchnieniowa ma za zadanie odciążenie członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnościami poprzez wsparcie ich w codziennych obowiązkach przez zapewnienie czasowego zastępstwa. Dzięki temu wsparciu osoby zaangażowane na co dzień w sprawowanie opieki dysponować będą czasem, który będą mogły 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 opiekunowie różnych powodów nie będą mogli wykonywać swoich obowiązków.
3. Program ma także zapewniać:
  - 1) w odniesieniu do rozwiązań systemowych:
    - a) wzmocnienie dotychczasowego systemu wsparcia poprzez świadczenie usług opieki wytchnieniowej dla członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad dziećmi z orzeczoną niepełnosprawnością lub osobami ze znacznym stopniem niepełnosprawności/osobami z orzeczeniem traktowany na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności,
    - b) wsparcie finansowe gmin/powiatów w zakresie realizacji usług opieki wytchnieniowej;
  - 2) w odniesieniu do członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnościami - czasowe odciążenie od codziennych obowiązków łączących się ze sprawowaniem opieki nad osobą z niepełnosprawnością, zapewnienie czasu na odpoczynek i regenerację.
4. Program adresowany jest do 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 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– którzy wymagają usług opieki wytchnieniowej. Członkowie rodzin osób z niepełnosprawnościami i opiekunowie osób z niepełnosprawnościami, którzy uzyskali





w ramach Programu usługi opieki wytchnieniowej, zwani są dalej „uczestnikami Programu

5. Realizator programu zamierza pomocą objąć w roku 2024 wsparciem usług programu „Opieka Wytchnieniowa” 18 osób z niepełnosprawnościami zamieszkujących na terenie powiatu Szczycieńskiego:
  - 1) 6 osób niepełnosprawnych do 16 roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności
  - 2) 12 osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności; ( taktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych).
6. Orzeczenia MON, MSWiA i KRUS są honorowane tylko w przypadku ich wydania przed 1 stycznia 1998 r. i w przypadku, gdy takie orzeczenie nie utraciło mocy.
7. Usługi opieki wytchnieniowej przysługują w przypadku zamieszkiwania członka rodziny lub opiekuna, we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą z niepełnosprawnością, która wymaga stałej opieki w zakresie potrzeb życia codziennego.
8. Aktywność zawodowa, nie wyklucza członka rodziny lub opiekuna, z możliwości uzyskania usługi opieki wytchnieniowej.
9. Usługi opieki wytchnieniowej mogą świadczyć osoby niebędące członkami rodziny uczestnika, opiekunami prawnymi uczestnika lub osobami faktycznie zamieszkującymi. Za uczestnika rodziny uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów , zięcia, synową, macochę, ojczyrna oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu ,a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.
10. 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 Realizatora, nie później niż w ciągu 7 dni od dnia nastąpienia zmiany.
11. Usługi opieki wytchnieniowej mogą świadczyć osoby:
  - 1) posiadające dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, fizjoterapeuta;



2) posiadające co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu.

3) wskazane w oświadczeniu przez uczestnika lub jego opiekuna prawnego ( w przypadku osoby małoletniej albo ubezwłasnowolnionej całkowicie)

12. 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 do ukończenia 16. roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności (w tym opiekuna sprawującego opiekę w ramach rodziny zastępczej i rodzinnego domu dziecka)

#### **§4**

#### **Zakres przedmiotowy i podmiotowy**

1. Usługi Opieki Wytchnieniowej realizowane wyłącznie są na rzecz osoby z niepełnosprawnością, na podstawie jej decyzji lub decyzji opiekuna prawnego, a nie dla osób trzecich, w tym członków rodziny osoby z niepełnosprawnością.
2. W godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków Funduszu, nie mogą być świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, inne usługi finansowane ze środków Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie do usług opieki wytchnieniowej finansowane ze środków publicznych.
3. Rodzaj usług i ich zakres godzinowy powinny być uzależnione od osobistej sytuacji uczestnika, z uwzględnieniem stopnia i rodzaju jego niepełnosprawności.
4. Realizator ustalił limit godzin usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków Funduszu przypadających na 1 uczestnika programu w roku 2024 nie więcej niż 181 godzin.
5. Realizator może zmienić liczbę godzin oraz liczbę osób, którym zostanie przyznana usługa opieki wytchnieniowej po weryfikacji złożonych wniosków.
6. Koszt jednej godziny zegarowej wynagrodzenia asystenta za zrealizowaną usługę asystencji osobistej nie może przekroczyć 50 zł brutto wraz kosztami pracy zatrudniającego.



7. Za realizację usług asystencji osobistej w ramach Programu uczestnik nie ponosi odpłatności.
8. Maksymalna długość nieprzerwanego świadczenia usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego wynosi 12 godzin dla jednej osoby z niepełnosprawnością, z zastrzeżeniem limitów, o których mowa w ust. 4. Usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego mogą być świadczone w godzinach 6.00-22.00.
9. O wszelkich zmianach mających wpływ na prawo do korzystania z usług opieki wytchnieniowej albo na wymiar limitu godzin usług asystencji osobistej (np. utrata statusu osoby z niepełnosprawnością, zmiana stopnia niepełnosprawności, korzystanie w danym roku kalendarzowym z usług asystencji osobistej współfinansowanych ze środków z Funduszu w ramach innych programów Ministra dotyczących usług opieki wytchnieniowej) Uczestnik zobowiązany jest niezwłocznie poinformować tutejszy Ośrodek lub podmiot, któremu gmina zleciła realizację Programu, zwanego dalej „realizatorem Programu”, nie później niż w ciągu 7 dni od dnia nastąpienia zmiany.
10. Zmiana stopnia niepełnosprawności Uczestnika lub korzystanie przez Uczestnika w danym roku kalendarzowym z usług opieki wytchnieniowej współfinansowanych ze środków z Funduszu w ramach innych programów Ministra będzie skutkować zmianą przysługującego Uczestnikowi limitu godzin usług opieki współfinansowanych ze środków z Funduszu w ramach Programu w danym roku kalendarzowym. Nowy limit będzie ustalany od dnia, w którym nastąpiły zmiany ww. okoliczności.
11. Członek rodziny osoby z niepełnosprawnością lub opiekun osoby z niepełnosprawnością może korzystać z usług opieki wytchnieniowej na terenie innej gminy lub innego powiatu niż gmina lub powiat właściwe ze względu na jego miejsce zamieszkania i miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością, nad którą sprawuje bezpośrednią opiekę, jeżeli gmina lub powiat właściwe ze względu na jego miejsce zamieszkania i miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością nie przystąpiła/ł do realizacji Programu lub jeżeli gmina lub powiat właściwe ze względu na jego miejsce zamieszkania i miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością przystąpiła/ł do realizacji Programu ale wyczerpane zostały środki z Funduszu przyznane tej gminie lub powiatowi na realizację Programu, pod warunkiem zawarcia porozumienia pomiędzy właściwymi jednostkami samorządu terytorialnego.
12. Kwalifikowalność kosztów w Programie została szczegółowo określona w rozdziale VI Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 zaakceptowanym przez Minister Rodziny i Polityki Społecznej Marlenę Małąg



zamieszczonym na stronie internetowej <https://niepelnosprawni.gov.pl/download/Program-ow-jst-edycja-2024-1698671215.pdf>

13. Program jest realizowany w dwóch formach:

1) świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego:

- a) za uprzednią zgodą gminy/powiatu, w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
- b) w ośrodku wsparcia,
- c) w domu pomocy społecznej świadczącym usługi wsparcia krótkoterminowego w formie dziennej,
- d) w domu pomocy społecznej prowadzonym 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 2023 r. 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, w innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu lub realizatora Programu, spełniającym kryteria dostępności, o których mowa w ustawie z dnia z 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:

- a) za uprzednią zgodą gminy/powiatu, w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
- b) w mieszkaniu treningowym lub wspomaganym (z wyłączeniem dzieci do ukończenia 16. roku życia posiadających orzeczenie o niepełnosprawności),
- c) w ośrodku wsparcia,
- d) w rodzinnym domu pomocy,
- e) w domu pomocy społecznej świadczącym usługi wsparcia krótkoterminowego w formie pobytu całodobowego,
- f) w domu pomocy społecznej prowadzonym przez podmioty niepubliczne, o których mowa w art. 57 ust. 1 pkt 2-4 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,
- g) w placówce zapewniającej całodobową opiekę, o której mowa w ustawie z dnia z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,
- h) 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,





i) za uprzednią zgodą gminy/powiatu, w innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu lub realizatora Programu, spełniającym kryteria dostępności, o których mowa w ustawie z dnia z 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami.

14. Usługi opieki wytchnieniowej, o których mowa w ust. 13 pkt 1 lit. a, ust. 13 pkt 1 lit. f, ust. 13 pkt 2 lit. a oraz ust. 13 pkt 2 lit. i, mogą być świadczone, przez osoby niebędące członkami rodziny osoby z niepełnosprawnością, opiekunami osoby z niepełnosprawnością lub osobami faktycznie zamieszkującymi razem z osobą z niepełnosprawnością, które:

1) posiadają dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie: asystent osoby niepełnosprawnej, pielęgniarka, siostra PCK, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, fizjoterapeuta lub

2) posiadają co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami, np. doświadczenie zawodowe, doświadczenie w udzielaniu wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w formie wolontariatu, lub

3) zostaną wskazane przez uczestnika Programu w Karcie zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, której wzór stanowi załącznik nr 1 do Regulaminu. Posiadanie doświadczenia może zostać udokumentowane pisemnym oświadczeniem podmiotu, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami. Podmiotem tym może być również osoba fizyczna (a więc nie tylko osoba prawna, czy jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej), która zleciła udzielenie bezpośredniej pomocy osobie z niepełnosprawnością. Ocena posiadania przez osobę doświadczenia w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami należy do realizatora Programu.

15. W przypadku, gdy usługi opieki wytchnieniowej, o których mowa w ust. 13 pkt 1 lit. a, ust. 13 pkt 1 lit. f, ust. 13 pkt 2 lit. a oraz ust. 13 pkt 2 lit. i, będą świadczone dla członków rodziny lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad dziećmi do ukończenia 16. roku życia posiadającymi orzeczenie o niepełnosprawności, w odniesieniu do osób, które mają świadczyć usługi opieki wytchnieniowej, wymagane są także:

1) zaświadczenie o niekaralności;

2) informacja o niefigurowaniu w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym w postaci wydruku pobranej informacji z Rejestru;

3) pisemna akceptacja osoby, która ma świadczyć usługę opieki wytchnieniowej ze strony rodzica lub opiekuna prawnego dziecka z niepełnosprawnością.



16. W przypadku świadczenia usług opieki wytchnieniowej, w ramach pobytu dziennego, w wymiarze powyżej 4 godzin dziennie lub w ramach pobytu całodobowego, ośrodek/placówka przyjmująca osobę z niepełnosprawnością ma obowiązek zapewnić wyżywienie odpowiednie do potrzeb osoby z niepełnosprawnością, tj. zapewnić ciepły posiłek z uwzględnieniem specjalnej diety osoby objętej usługą.

17. W godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków Funduszu, nie mogą być świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, inne usługi finansowane ze środków Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie do usług opieki wytchnieniowej finansowane ze środków publicznych. .

19. Usługi opieki wytchnieniowej dla członka rodziny (członków rodziny) lub opiekuna (opiekunów) sprawującego bezpośrednią opiekę nad więcej niż jedną osobą z niepełnosprawnością muszą być realizowane w tym samym czasie, z zastrzeżeniem zapewnienia adekwatnej opieki, stosownie do potrzeb osoby z niepełnosprawnością.

W przypadku realizacji usług opieki wytchnieniowej dla więcej niż jednej osoby z niepełnosprawnością, kwota dofinansowania przysługuje na drugą i kolejną osobę z niepełnosprawnością w wysokości do 50% kwoty, o której mowa w § 4 ust. 6.

## **§5**

### **Terminy realizacji**

1. Nabór wniosków na usługi opieki wytchnieniowej osoby niepełnosprawnej rozpoczyna się od dnia 4 marca 2024 roku i trwa do 15 marca 2024 roku.
2. Realizator z powodu wolnych miejsc w Programie może przedłużyć nabór wniosków.
3. Usługi w ramach programu będą świadczone po zawarciu umowy do 06 grudnia 2024 roku.

## **§6**

### **Nabór uczestników**

1. Beneficjent, ubiegający się o usługi w Programie zobowiązany jest do złożenia do realizatora:
  - 1) Karty zgłoszeniowej do Programu,( załącznik nr 1 do Regulaminu)
  - 2) Oświadczenia o wyborze osoby świadczącej usługi opieki wytchnieniowej oraz czy wskazana osoba niepełnosprawna stale przebywa w domu i nie korzysta np. z ośrodka wsparcia, z placówek pobytu całodobowego, ze środowiskowego domu samopomocy, z dziennego domu pomocy, z warsztatu terapii zajęciowej. ( załącznik nr 2)



- 3) Orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności,
  - 4) Klauzuli informacyjnej w ramach programu „Opieka Wytchnieniowa” – edycja 2024 (załącznik nr 3 do regulaminu),
2. W przypadku gdy usługi opieki wytchnieniowej będą świadczone na rzecz dzieci niepełnosprawnych do 16. roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie z ww. wskazaniami wymienionymi w §7 pkt 3., wymagane jest także:
- 1) zaświadczenie o niekaralności;
  - 2) informacja o niefigurowaniu w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym w postaci wydruku pobranej informacji z Rejestru;
  - 3) pisemna akceptacja osoby asystenta ze strony rodzica lub opiekuna prawnego dziecka z niepełnosprawnością.
- W/w dokumenty można dostarczyć po przyznaniu usług Opieki Wytchnieniowej na osobę do 16 roku życia.
3. Wypełnioną i podpisaną kartę zgłoszeniową wraz z załącznikami należy złożyć:
- 1) Osobiście w siedzibie: Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Szczytnie, ul. Konopnicka 70, 12-100 Szczytno,
  - 2) Poczta na adres: Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Szczytnie, ul. Konopnicka 70, 12-100 Szczytno,
4. Złożenie wniosku wraz z załącznikami nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Programie.
5. Karta zgłoszeniowa wraz z załącznikami podlega weryfikacji formalnej oraz merytorycznej.
6. Na podstawie oceny formalnej wniosku sprawdza się:
- 1) czy wniosek został złożony we właściwej instytucji,
  - 2) czy wnioskodawca nie podlega wykluczeniu z ubiegania się o dofinansowanie,
  - 3) czy wypełniono wszystkie wymagane pola we wniosku i złożono wymagane załączniki.
7. W przypadku wystąpienia uchybień we wniosku, realizator programu w terminie 10 dni od daty wpływu wniosku informuje wnioskodawcę o uchybieniach i wzywa do ich usunięcia w terminie 14 dni od daty otrzymania wezwania do ich usunięcia; Pismo zostanie wysłane pocztą, listem poleconym.
8. W przypadku gdy realizator programu poweźmie wątpliwość co do danych we wniosku o dofinansowanie, które mają wpływ na przyznanie usługi, wzywa wnioskodawcę do złożenia wyjaśnień w sprawie lub złożenia dokumentów w terminie nie dłuższym niż 14



dni od dnia otrzymania wezwania przez wnioskodawcę. Pismo zostanie wysłane pocztą , listem poleconym.

9. Nieusunięcie uchybień w wyznaczonym terminie powoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.
10. Po dokonaniu oceny formalnej, wnioski podlega ocenie merytorycznej.
11. Do Programu w pierwszej kolejności zostaną zakwalifikowane osoby które w ocenie merytorycznej wniosku uzyskają największą liczbę punktów( załącznik 4 do regulaminu). Realizator w pierwszej kolejności uwzględni potrzeby członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, która stale przebywa w domu i nie korzysta np. z ośrodka wsparcia, z placówek pobytu całodobowego, ze środowiskowego domu samopomocy, z dziennego domu pomocy, z warsztatu terapii zajęciowej lub niezatrudnionych, uczących się lub studiujących.
12. Powiat w pierwszej kolejności uwzględni potrzeby członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, która stale przebywa w domu i nie korzysta np. z ośrodka wsparcia, z placówek pobytu całodobowego, ze środowiskowego domu samopomocy, z dziennego domu pomocy, z warsztatu terapii zajęciowej lub niezatrudnionych, uczących się lub studiujących. Powiat przyznając usługi opieki wytchnieniowej bierze pod uwagę stan zdrowia i sytuację życiową uczestników Programu oraz osób z niepełnosprawnościami. Realizator przyznając usługi opieki wytchnieniowej bierze pod uwagę stan zdrowia i sytuację życiową uczestników Programu oraz osób z niepełnosprawnościami.
13. W przypadku Kandydatów posiadających taką samą liczbę punktów o zakwalifikowaniu do Programu decydować będzie kolejność zgłoszeń.
14. W ramach realizowanych programów Opieka Wytchnieniowa oraz Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością, Realizator może przyznać wsparcie dla osoby niepełnosprawnej wyłącznie do jednego z w/w programów.
15. Realizator zastrzega sobie utworzyć listę rezerwową beneficjentów którzy spełniają kryterium uczestnictwa oraz wymogi formalne, lecz nie zostały zakwalifikowane do udziału w Programie z uwagi na ograniczoną liczbę miejsc.
16. Osoby z listy rezerwowej grupy docelowej mogą zostać zakwalifikowane do udziału w Programie według pozycji zajmowanej na liście rezerwowej w trakcie jego trwania w przypadku rezygnacji, skreślenia osoby z uczestnictwa lub pojawienia się możliwości zakwalifikowania większej niż zakładana liczba osób.





17. Decyzje o przyznaniu, miejscu na liście rezerwowej lub odmowie objęcia wsparciem podejmuje Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Szczytnie na podstawie zasad określonych w Programie i niniejszym Regulaminie.
18. O zakwalifikowaniu do programu lub zakwalifikowaniu się na listę rezerwową oraz odmowie Realizatora Programu poinformuje beneficjenta pisemnie.
19. W przypadku zmiany miejsca zamieszkania/pobytu, uczestnik Programu planujący kontynuować udział w Programie składa do gminy/powiatu w nowym miejscu zamieszkania/pobytu, Kartę zgłoszenia do Programu oraz oświadczenie o dotychczasowej formie świadczenia usług opieki wytchnieniowej (w ramach pobytu dziennego/w ramach pobytu całodobowego) i o dotychczasowym wymiarze przyznanej usługi opieki wytchnieniowej (liczba godzin/liczba dni)

## **§7**

### **Obowiązki wykonawców**

1. Podmiot świadczący usługi opieki wytchnieniowej zobowiązuje się do:
  - 1) wykonywania powierzonej usługi z dołożeniem należytej staranności,
  - 2) realizowanie usług asystencji osobistej zgodnie z Programem oraz Regulaminem,
  - 3) stosowania się do umowy zawartej pomiędzy Realizatorem a podmiotem,
  - 4) umożliwienie poddania się kontroli przez Realizatora,
  - 5) dostarczenie karty realizacji usług opieki wytchnieniowej do ostatniego dnia każdego miesiąca kalendarzowego za poprzedni miesiąc realizacji usług. (załącznik nr 5 do regulaminu)
  - 6) dostarczenie harmonogramu usług opieki wytchnieniowej świadczone dla osoby niepełnosprawnej na następny miesiąc. Należy dostarczyć do ostatniego dnia każdego miesiąca kalendarzowego ( załącznik nr 6)

## **§8**

### **Prawa i obowiązki uczestników**

1. Uczestnik ma prawo do:
  - 1) udziału w zaplanowanych formach wsparcia,
  - 2) decydowania o rodzaju pomocy, z której chce skorzystać oraz sposobie jej udzielenia,
  - 3) zgłaszania uwag i oceny formy wsparcia, którymi został objęty w realizowanym Programie do Realizatora.
2. Uczestnik programu zobowiązuje się do:



- 1) udostępnienia danych osobowych swoich oraz osoby, nad którą sprawuje opiekę, w tym szczególnych kategorii danych niezbędnych do realizacji Programu. Odmowa podania danych osobowych będzie skutkować odrzuceniem z udziału w Programie,
- 2) uczestnictwa w zaplanowanych wobec niego formach wsparcia i udziału w nich,
- 3) poinformowania osoby realizującej usługi asystenckie o nieobecności w terminie umówionego spotkania z 1-dniowym wyprzedzeniem,
- 4) niezwłocznego informowania osoby realizującej usługi asystenckie o wszelkich zmianach okoliczności faktycznych mogących mieć wpływ na realizację Programu,
- 5) poddania się kontroli przeprowadzanej przez Realizatora Programu;
- 6) uczestnik Programu ma obowiązek potwierdzania zgodności ze stanem faktycznym danych zawartych w Karcie realizacji Programu Opieka Wytchnieniowa;( załącznik nr 1)
- 7) przestrzegania zapisów niniejszego regulaminu.

## **§ 9**

### **Zadania realizatora**

1. Koordynowanie realizacji Programu w powiecie oraz informowanie wojewody o trudnościach w realizacji Programu, mających wpływ na wykorzystanie środków.
2. Podjęcie działań mających na celu rozpoczęcie realizacji zadania, niezwłocznie po złożeniu oświadczenia o przyjęciu środków jednak nie później niż w dniu podpisania umowy z wojewodą.
3. Prowadzenie dokumentacji potwierdzającej realizację Programu, w tym obowiązkowe korzystanie z załączników do Programu.
4. Przeprowadzenie kontroli beneficjentów oraz podmiotu realizującego usługi.
5. Rozliczenie zrealizowanej usługi na podstawie prowadzonej dokumentacji.
6. Realizowanie zadań zgodnie z podpisanymi umowami w zakresie wysokości i trybu przekazywania środków Funduszu Solidarnościowego.
7. Rozliczenie z wojewodą otrzymanych środków finansowych oraz poddanie się kontroli zgodnie z umową w sprawie przyznania środków w ramach Programu.
8. Przedstawienie na żądanie wojewody wyjaśnień, informacji i dokumentów dotyczących zadań realizowanych w ramach Programu.
9. Przekazywanie właściwemu wojewodzie zestawienia dla powiatu szczycieńskiego z realizacji Programu „Opieka Wytchnieniowa” – edycja 2024.
10. Przekazywanie wojewodzie, sprawozdania z realizacji Programu „Opieka Wytchnieniowa” – edycja 2024 .
10. Informowanie, że zadanie publiczne jest współfinansowane ze środków Funduszu



Solidarnościowego otrzymanych od Ministra. Informacja na ten temat powinna się znaleźć we wszystkich materiałach informacyjnych. Powiat zobowiązany jest do oznaczania profili prowadzonych przez Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej w podejmowanych działaniach informacyjnych i promocyjnych w mediach społecznościowych.

11. Umieszczanie logo Ministra na wszystkich materiałach, w szczególności promocyjnych, informacyjnych, szkoleniowych i edukacyjnych, dotyczących realizowanego zadania publicznego oraz zakupionych środkach trwałych, proporcjonalnie do wielkości innych oznaczeń, w sposób zapewniający jego dobrą widoczność.
12. Rozpowszechnianie w dowolnej formie, w prasie, radiu, telewizji, Internecie oraz innych publikacjach nazwy Programu, przedmiotu i celu, na który przyznano wsparcie finansowe oraz informacji o wysokości przyznanego wsparcia finansowego.

## **§10**

### **Kontrola**

1. Realizator programu w każdym czasie realizacji usługi ma prawo przeprowadzić kontrole prawidłowości wykonywania usług, zgodnie z celami i zasadami programu oraz rzetelnością i zgodności ze stanem faktycznym danych zawartych w dokumentach, stanowiących podstawę rozliczenia dofinansowania, a także wykonywania przez podmiot zobowiązań określonych w umowie. Beneficjent ma obowiązek udzielania wyjaśnień i pisemnych informacji w tym zakresie.
2. Po zakończeniu kontroli, o której mowa w ust. 1, sporządza się protokół, który zostaje przekazany Beneficjentowi do podpisania. Beneficjent przed podpisaniem protokołu kontroli może co do treści protokołu kontroli zgłosić zastrzeżenia na piśmie wraz z uzasadnieniem w terminie 7 dni od dnia otrzymania protokołu do podpisu. Realizator programu może uwzględnić zastrzeżenia, dokonując odpowiednich zmian w treści protokołu. Do zastrzeżeń, które nie zostały uwzględnione Realizator programu ustosunkowuje się i dołącza je do protokołu kontroli.
3. Negatywny wynik kontroli, brak usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości może skutkować wstrzymaniem realizacji zadań, rozwiązaniem umowy, a także obowiązkiem zwrotu środków.



## §11

### Postanowienie końcowe

1. Niniejszy regulamin wchodzi w życie z dniem podpisania i obowiązuje przez czas trwania Programu, , aż do jego rozliczenia.
2. Realizator zastrzega sobie prawo do zmiany Regulaminu w każdym czasie. Wszelkie zmiany Regulaminu wymagają formy pisemnej i wchodzi w życie z dniem ich podpisania i podania do publicznej wiadomości w sposób zwyczajowo przyjęty u Realizatora.
4. W kwestiach nieujętych w niniejszym Regulaminie Realizator odwoła się do zasad programu-Opieka Wytchnieniowa- edycja 2024r.
5. Ostateczne rozstrzygnięcie w spornych kwestiach podejmuje Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Szczytnie,
6. Powiat zastrzega sobie prawo do zaprzestania realizacji Programu w razie rozwiązania umowy o dofinansowanie z Wojewodą.
7. W sprawach nieuregulowanych niniejszym regulaminem stosuje się przepisy Kodeksu Cywilnego oraz ustawy o finansach publicznych.
8. W sprawach nieuregulowanych niniejszym Regulaminem zastosowanie mają postanowienia Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 zaakceptowane przez Minister Rodziny i Polityki Społecznej Marlena Małąg zamieszczone na stronie internetowej <https://niepelnosprawni.gov.pl/a,1478,nabor-wnioskow-w-ramach-programu-resortowego-ministra-rodziny-i-polityki-spolecznej-opieka-wytchnieniowa-dla-jednostek-samorzadu-terytorialnego-edycja-2024>.
9. W przypadku sprzeczności postanowień niniejszego Regulaminu z zapisami Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 zaakceptowane przez Minister Rodziny i Polityki Społecznej Marlena Małąg zamieszczonymi na stronie internetowej <https://niepelnosprawni.gov.pl/a,1478,nabor-wnioskow-w-ramach-programu-resortowego-ministra-rodziny-i-polityki-spolecznej-opieka-wytchnieniowa-dla-jednostek-samorzadu-terytorialnego-edycja-2024>, zastosowanie znajdują właściwe zapisy w/w Programu.
  1. Załączniki do Regulaminu stanowią:
    - 1) Karta zgłoszeniowej do Programu
    - 2) Oświadczenie dotyczące wskazania osoby świadczącej usług opieki wytchnieniowej, oraz czy osoba niepełnosprawna stale przebywa w domu i nie korzysta np. z ośrodka





wsparcia, z placówek pobytu całodobowego, ze środowiskowego domu samopomocy, z dziennego domu pomocy, z warsztatu terapii zajęciowej.

3) Klauzula informacyjnej w ramach programu „Opieka Wytchnieniowa” – edycja 2024

4) Punktacja

5) Karta realizacji usług opieki wytchnieniowej

6) Harmonogram usług opieki wytchnieniowej świadczone dla osoby niepełnosprawnej na następny miesiąc.

DYREKTOR  
POWIATOWEGO CENTRUM  
POMOCY RODZINIE  
*Maria Ziótek*

Podpis Dyrektora





**DOFINANSOWANO ZE ŚRODKÓW  
FUNDUSZU SOLIDARNOŚCIOWEGO**

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

**I. Dane osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wychnieniowej (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 wychnieniowej:**

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 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 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:

.....

### **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 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 powiat, 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 z 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:
  - a) za uprzednią zgodą gminy/powiatu, miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
  - b) mieszkanie treningowe lub wspomagane (z wyłączeniem dzieci do ukończenia 16. roku życia posiadających orzeczenie o niepełnosprawności),
  - c) ośrodek wsparcia,
  - d) rodzinny domu pomocy,
  - e) dom pomocy społecznej świadczący usługi wsparcia krótkoterminowego w formie pobytu całodobowego,
  - f) 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,
  - g) w placówka zapewniająca całodobową opiekę, o której mowa w ustawie z dnia z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,
  - h) 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,
  - 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 2022 r. poz. 2240).

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

\*\*\* odpowiednie skreślić.





.....  
(Imię i nazwisko Uczestnika Programu)

.....  
miejscowość i data

.....  
(adres zamieszkania nr .telefonu)

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że sprawuję bezpośrednią opiekę nad niepełnosprawną/nym

.....  
legitymującą/cym się orzeczeniem o niepełnosprawności.....

Zamieszkuję z w/w. we wspólnym gospodarstwie domowym.

Osoba niepełnosprawna, nad którą sprawuję bezpośrednią opiekę stale przebywa w domu i nie korzysta np. z ośrodka wsparcia, z placówek pobytu całodobowego, ze środowiskowego domu samopomocy, z dziennego domu pomocy, warsztatu terapii zajęciowej **TAK/NIE**

.....  
(podpis Uczestnika Programu)

Na osobę mającą świadczyć usługi opieki wychowawczej wskazuję Panią/Pana

....., numer telefonu.....

Wskazana przeze mnie osoba do świadczenia usług opieki wychowawczej jest przygotowana do realizacji wobec mnie/podopiecznego/dziecka usług opieki wychowawczej. Posiada odpowiednią wiedzę i kwalifikacje oraz gwarantuje należyte wykonanie tej funkcji.

**Nie wskazuję osoby do świadczenia usług opieki wychowawczej.**

.....  
(podpis Uczestnika Programu)

Upředzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art.233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r.- Kodeks Karny ( Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.) oświadczam, że dane zawarte w Oświadczeniach są zgodne ze stanem faktycznym oraz jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

**O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.  
Prawdziwość powyższych danych potwierdzam czytelnym podpisem.**

.....  
(podpis Uczestnika Programu)



**ZAŁĄCZNIK PUNKTACJA:**

- 1. Osoba niepełnosprawna wskazana we wniosku posiada orzeczenie z niepełnosprawnością sprzężoną -10 PKT**
- 2. Osoba niepełnosprawna wskazana we wniosku nie posiada orzeczenia z niepełnosprawnością sprzężoną. - 5 PKT**
- 3. Osoba niepełnosprawna wskazana we wniosku stale przebywa w domu i nie korzysta np. z ośrodka wsparcia, z placówek pobytu całodobowego, ze środowiskowego domu samopomocy, z dziennego domu pomocy, z warsztatu terapii zajęciowej – 10 pkt**
- 4. Osoba niepełnosprawna wskazana we wniosku korzysta np. z ośrodka wsparcia, z placówek pobytu całodobowego, ze środowiskowego domu samopomocy, z dziennego domu pomocy, z warsztatu terapii zajęciowej – 5 pkt**
- 5. Osoba niepełnosprawna wskazana we wniosku jest uczestnikiem 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. – 0 pkt**
- 6. Osoba niepełnosprawna wskazana we wniosku nie jest uczestnikiem 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. – 10 pkt**







**Karta realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek  
Samorządu Terytorialnego – edycja 2024**

**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: .....

**III. Informacje dotyczące realizowanych usług opieki wytchnieniowej:**

- Opieka wytchnieniowa przyznana w formie: **dziennej, całodobowej\***.
- Opieka wytchnieniowa przyznana w wymiarze: .....
- 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/dni 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.						



Lp.	Data realizacji opieki wytchnieniowej	Miejsce realizacji opieki wytchnieniowej	Godziny/dni realizacji opieki wytchnieniowej	Liczba godzin/dni 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
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						

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

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

5. Potwierdzam zgodność karty realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024:

.....  
*Data i podpis osoby reprezentującej realizatora Programu*

6. Potwierdzam zgodność karty realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024:

.....  
*Data i podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością*

\*Należy podkreślić realizowaną formę usług.





**Program „Opieka Wytchnieniowa”-edycja 2024 dofinansowany ze środków  
Funduszu Solidarnościowego**

**Klauzula informacyjna w ramach programu „Opieka Wytchnieniowa”  
– Edycja 2024**

Zgodnie z art. 13 i art.14 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”, informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Powiat Szczycieński- Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Szczytnie, ul. Marii Konopnickiej 70, 12-100 Szczytno, tel. (89) 624 97 10, e-mail: pcprszczycno@wp.pl.
2. We wszystkich sprawach dotyczących ochrony danych osobowych, mają Państwo prawo kontaktować się z naszym Inspektorem Ochrony Danych na adres e-mail: iod.pcpr@powiat.szczytno.pl
3. Celem przetwarzania danych osobowych jest realizacja programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka Wytchnieniowa” – edycja 2024, w tym rozliczenie otrzymanych środków z Funduszu Solidarnościowego.
4. Dane osobowe przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit e RODO, tj. w związku z wykonaniem zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi oraz na podstawie art. 9 ust. 2 lit. g RODO, tj. 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” – edycja 2024, przyjętego na podstawie ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2020 r. poz. 1787).
5. Dane osobowe będą przechowywane do czasu wygaśnięcia obowiązku przechowywania tych danych wynikających z realizacji programu „Opieka Wytchnieniowa”- edycja 2024r. a następnie do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów dotyczących archiwizacji dokumentacji.
6. Źródłem pochodzenia danych osobowych mogą być wnioskodawcy, tj. osoby niepełnosprawne, rodzice i opiekunowie osób niepełnosprawnych oraz osoby zatrudnione/świadczące/realizujące usługi asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej.
7. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych są podmioty uprawnione do ujawnienia im danych na mocy przepisów prawa oraz podmioty realizujące świadczenie w imieniu administratora na podstawie umów cywilnoprawnych. Dane osób fizycznych przetwarzane przez Powiat Szczycieński- Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Szczytnie, w szczególności dane osób świadczących/realizujących usługi asystenta osoby

niepełnosprawnej na rzecz uczestników Programu mogą być udostępniane Ministrowi Rodziny i Polityki Społecznej oraz do Wojewody Warmińsko-Mazurskiego Urzędu Wojewódzkiego w Olsztynie do celów sprawozdawczych czy kontrolnych. Administrator nie będzie przekazywał Pani/Pana danych osobowych do państwa trzeciego lub do organizacji międzynarodowej.

8. Ma Pani/Pan prawo do: dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, uzyskania ich kopii, prawo do ograniczenia ich przetwarzania oraz prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, e-mail: [kancelaria@uodo.gov.pl](mailto:kancelaria@uodo.gov.pl)).

Ponadto ma Pan/Pani prawo do wniesienia sprzeciwu co do przetwarzania danych, a administratorowi nie wolno już przetwarzać tych danych osobowych, chyba że wykaże on istnienie ważnych prawnie uzasadnionych podstaw do przetwarzania, nadrzędnych wobec interesów, praw i wolności osoby, której dane dotyczą, lub podstaw do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.

9. Podanie danych osobowych jest konieczne dla celów związanych z wykonywaniem zadań Ministra w ramach Programu „Opieka Wytchnieniowa”- edycja 2024.

Data.....,

.....  
.....

czytelny podpis Uczestnika Programu/Opiekuna Prawnego



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej

PROGRAM DOFINANSOWANY ZE ŚRODKÓW  
FUNDUSZU SOLIDARNOSCIOWEGO

**Planowany harmonogram wykonania zlecenia**

**w miesiącu .....2024r.**

**Program „Opieka Wytchnieniowa” – edycja 2024**

Planowana data realizacji usług Opieka Wytchnieniowa	Godziny pracy od ..... do .....	Uwagi
Planowana liczba godzin w danym miesiącu		

.....  
(podpis Uczestnika Programu/rodzica/opiekuna prawnego)

.....  
(podpis Zleceniobiorcy)

Zatwierdzam:

.....

Data i podpis osoby reprezentującej Realizatora

