



Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w Programie
„Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026
w Gminie Wołomin

§ 1

Postanowienia ogólne

1. Podstawą realizacji usługi opieki wytchnieniowej jest program Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej pod nazwą „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026, zwany dalej „Programem”.
2. Źródłem finansowania Programu jest państwowy fundusz celowy Fundusz Solidarnościowy.
3. 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

- 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.
4. Program będzie realizowany w formie pobytu dziennego, w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością.
5. Program jest skierowany do mieszkańców gminy Wołomin.
6. Jednostką realizującą Program w gminie Wołomin jest Ośrodek Pomocy Społecznej w Wołominie z/s w Wołominie przy al. Armii Krajowej 34, zwany dalej „Realizatorem”.
7. Program w gminie Wołomin będzie realizowany do 15 grudnia 2026 r.

§ 2

Rekrutacja

1. Do udziału w Programie będą kwalifikowane:



- 1) dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadające orzeczenie o niepełnosprawności;
- 2) osoby posiadające:
 - 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.
2. Liczba miejsc w Programie w 2026 r. wynosi 15, w tym 4 dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadające orzeczenie o niepełnosprawności oraz 10 osób z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczeniem traktowanym na równi z takim orzeczeniem.
3. W sytuacji dostępności godzin Ośrodek zastrzega sobie możliwość zwiększenia liczby uczestników Programu. Ośrodek zastrzega również możliwość zmiany liczby uczestników we wskazanych w punkcie 2 kategoriach wiekowych z uwagi na otrzymane zgłoszenia od osób zainteresowanych udziałem w Programie.
4. Do udziału w Programie kwalifikuje powołana komisja, w skład której wchodzi przedstawiciele Ośrodka.
5. Komisja sporządza, według wzoru stanowiącego **załącznik nr 5** do Regulaminu, listę osób zakwalifikowanych do udziału w Programie, wpisanych na listę rezerwową oraz osób niezakwalifikowanych do udziału w Programie.
6. Do udziału w Programie będą kwalifikowane osoby spełniające następujące warunki:
 - 1) zamieszkanie na terenie gminy Wołomin; weryfikacja spełniania kryterium nastąpi na podstawie weryfikacji spełniania kryterium nastąpi na podstawie deklaracji zwartej „Karcie zgłoszenia do Programu „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026”, stanowiącej załącznik numer 7 do Programu;
 - 2) dzieci w wieku od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadające orzeczenie o niepełnosprawności; weryfikacja spełniania kryterium nastąpi na podstawie kopii orzeczenia lub dokumentu równoważnego oraz na podstawie kopii orzeczenia lub dokumentu równoważnego;
 - 3) osoby posiadające:
 - 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,
– które wymagają usług opieki wychnieniowej; weryfikacja spełniania kryterium nastąpi na podstawie kopii orzeczenia lub dokumentu równoważnego.
7. Pierwszeństwo udziału w Programie mają:

a) członkowie rodzin lub opiekunowie sprawujący bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, która stale przebywa w domu i nie korzysta np. z ośrodka wsparcia, z placówki pobytu całodobowego, z warsztatu terapii zajęciowej, szkoły i placówki, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2025 r. poz. 881), nie uczy się lub nie studiuje,

b) nieaktywni zawodowo członkowie rodzin lub opiekunowie sprawujący bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, którzy mają ograniczone możliwości podejmowania aktywności zawodowej ze względu na konieczność opiekowania się osobą z niepełnosprawnością.

8. Rekrutacja do udziału w Programie trwa **od dnia 1.04.2026 r. do dnia 15.04.2026 r.**

9. Osoba ubiegająca się o udział w Programie obowiązana jest złożyć:

- 1) Kartę zgłoszeniową do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, stanowiącą **załącznik nr 7** do Programu;
- 2) Oświadczenie dotyczące osoby realizującej usługę opieki wytchnieniowej, stanowiące **załącznik nr 1** do niniejszego regulaminu;
- 3) Klauzulę informacyjną, stanowiącą **załącznik nr 2** do niniejszego regulaminu;
- 4) Oświadczenie o korzystaniu z usług, stanowiącą **załącznik nr 3** do niniejszego regulaminu;
- 5) Kopię orzeczenia o niepełnosprawności/stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia traktowanego 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.

10. Zgłoszenia przyjmowane są w siedzibie Ośrodka Pomocy Społecznej w Wołominie, al. Armii Krajowej 34, 05-200 Wołomin, w godzinach pracy, tj. w poniedziałki 8.00-17.00, wtorki-czwartki: 8.00-16.00, piątki: 8.00-15.00 w Kancelarii – pokój nr 9 na parterze.

11. Zgłoszenie uczestnictwa w rekrutacji nie jest jednoznaczne z przyznaniem usług asystencji osobistej.

12. Proces rekrutacji zakończy się weryfikacją zgłoszeń i poinformowaniem osób, które złożyły zgłoszenia o zakwalifikowaniu się do udziału w Programie.

13. W sytuacji niewystarczającej liczby zgłoszeń dopuszcza się ogłoszenie naboru uzupełniającego do wyczerpania miejsc.

14. Kwalifikacja do przyznania usług opieki wytchnieniowej następuje na podstawie Karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, której wzór stanowi **załącznik nr 7** Programu oraz na podstawie dokonanej Oceny indywidualnej sytuacji członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością, której wzór stanowi **załącznik nr 4** do niniejszego regulaminu. Informacje zawarte w Karcie zgłoszenia do Programu mogą być weryfikowane przez



pracowników realizatora Programu w miejscu zamieszkania członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością.

15. O wynikach rekrutacji osoby zostaną poinformowane pisemnie.

§ 3

Zasady udziału

1. W ramach Programu limit godzin dla jednej osoby wynosi nie więcej niż 240.
2. Limit, o którym mowa w ust. 1, dotyczy również:
 - 1) członka rodziny osoby z niepełnosprawnością lub opiekuna osoby z niepełnosprawnością sprawującego bezpośrednią opiekę nad więcej niż jedną osobą z niepełnosprawnością;
 - 2) więcej niż jednego członka rodziny osoby z niepełnosprawnością lub więcej niż jednego opiekuna osoby z niepełnosprawnością sprawujących bezpośrednią opiekę nad jedną osobą z niepełnosprawnością;
 - 3) więcej niż jednego członka rodziny osoby z niepełnosprawnością lub więcej niż jednego opiekuna osoby z niepełnosprawnością sprawujących bezpośrednią opiekę nad więcej niż jedną osobą z niepełnosprawnością.
3. Usługi opieki wytchnieniowej dla opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad więcej niż jedną osobą niepełnosprawną muszą być realizowane w tym samym czasie, z zastrzeżeniem zapewnienia indywidualnego wsparcia.
4. Rodzaj i zakres godzinowy usług opieki wytchnieniowej jest uzależniony od osobistej sytuacji osoby niepełnosprawnej z uwzględnieniem stopnia i rodzaju niepełnosprawności uczestnika Programu.
5. Członek rodziny lub opiekun sprawujący bezpośrednią opiekę nad dzieckiem/osobą niepełnosprawną, którym przyznano pomoc w postaci usługi opieki wytchnieniowej nie ponosi odpłatności za usługę przyznaną w ramach Programu.
6. Usługi opieki wytchnieniowej mogą być świadczone przez osoby pełnoletnie, niebędące członkami rodziny osoby z niepełnosprawnością, opiekunami osoby z niepełnosprawnością lub osobami faktycznie zamieszkującymi razem z osobą z niepełnosprawnością, które:
 - 1) w przypadku wskazania przez realizatora Programu:
 - a) posiadające dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących zawodach i specjalnościach: asystent osoby niepełnosprawnej, pielęgniarka, siostra PCK, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, fizjoterapeuta lub, za zgodą realizatora Programu, w innych zawodach i specjalnościach o charakterze medycznym lub opiekuńczym, lub
 - b) posiadające 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, oraz

2) w przypadku wskazania przez uczestnika Programu w Karcie zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, której wzór stanowi załącznik nr 7 do Programu, zwanej dalej „Kartą zgłoszenia do Programu” są przygotowane do świadczenia usług opieki wytchnieniowej, co zostanie potwierdzone oświadczeniem uczestnika Programu, zawartym na Oświadczeniu dotyczącym opiekuna, stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszego regulaminu.

7. Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny osoby z niepełnosprawnością uznaje się wstępnych oraz zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę, ojczyrna oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością.
8. Posiadanie doświadczenia, o którym mowa w ust. 6 pkt 1 lit. b, 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.
9. W godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej, finansowanych ze środków Funduszu, wobec osoby z niepełnosprawnością objętej usługą opieki wytchnieniowej nie mogą być świadczone inne formy pomocy usługowej, w tym:
 - 1) usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,
 - 2) usługi finansowane ze środków Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych – o ile obejmują analogiczne wsparcie, o którym mowa w ust. 10, finansowane ze środków publicznych.
10. Maksymalna długość nieprzerwanego świadczenia usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego wynosi 12 godzin dla jednego uczestnika Programu, z zastrzeżeniem limitów, o których mowa w ust. 1. Usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego mogą być świadczone w godzinach 6.00-22.00.

§ 4

Postanowienia końcowe

1. W przypadku braku możliwości złożenia przez osobę niepełnosprawną oświadczenia w formie pisemnej, oświadczenie to powinno zostać złożone wraz z umieszczonym na nim tuszowym odciskiem palca, a obok tego odcisku osoba przez nią upoważniona powinna wypisać jej imię i nazwisko oraz złożyć swój podpis, albo w ten sposób, że zamiast składającego oświadczenie podpisze się osoba przez niego upoważniona, a jej podpis będzie poświadczony przez notariusza, wójta (burmistrza, prezydenta miasta),



starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że został złożony na życzenie osoby niemogącej pisać.

2. W przypadku zmiany miejsca zamieszkania/pobytu osoba korzystająca z usług asystenta jest zobowiązany do złożenia Realizatorowi oświadczenia o rezygnacji z udziału w Programie w gminie Wołomin.
3. Osoba zakwalifikowana do Programu jest zobowiązana do respektowania zasad Programu.

DYREKTOR
Ośrodka Pomocy Społecznej
w Wołominie


Anna Kurys



Oświadczenie dotyczące osoby realizującej usługi opieki wychnieniowej

Ja niżej podpisany/podpisana _____
oświadczam, iż do świadczenia usług opieki wychnieniowej w Programie „Opieka
wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 wobec osoby
z niepełnosprawnością, nad którą sprawuję bezpośrednią opiekę:

wyznaczam Panią/Pana: _____

Jednocześnie oświadczam, że wskazana osoba mająca, realizować ww. usługi opieki
wychnieniowej:

- 1) jest przygotowana do realizacji usług opieki wychnieniowej wobec wyżej wymienionej
osoby, na rzecz której usługi będą świadczone;
- 2) nie jest członkiem rodziny osoby z niepełnosprawnością, w szczególności małżonkiem,
dzieckiem, wnukiem, prawnukiem, rodzicem, dziadkiem, babką, krewnym w linii bocznej,
wstępnym oraz zstępnym małżonka, krewnym w linii bocznej małżonka, zięciem, synową,
macochą, ojczymem oraz osobą pozostającą z tą osobą we wspólnym pożyciu, a także osobą
pozostającą w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością.

Miejscowość _____, data _____

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego
lub członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej/opiekuna prawnego)



INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA PAŃSTWA DANYCH OSOBOWYCH WYNIKAJĄCE Z ART. 13 RODO

Administrator

Administratorem Państwa danych osobowych jest Ośrodek Pomocy Społecznej w Wołominie. Z Administratorem można się skontaktować w następujący sposób:

- listownie: Al. Armii Krajowej 34, 05-200 Wołomin,
- za pomocą poczty elektronicznej: ops@ops.wolomin.pl,
- osobiście w siedzibie Ośrodka: Al. Armii Krajowej 34, 05-200 Wołomin,
- telefonicznie: +48 22 787 27 01

Inspektor Ochrony Danych Osobowych

Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych Osobowych, z którym można skontaktować się za pomocą:

- listu: Al. Armii Krajowej 34, 05-200 Wołomin,
- poczty elektronicznej: iod@ops.wolomin.pl,
- osobiście w siedzibie Ośrodka: Al. Armii Krajowej 34, 05-200 Wołomin,
- telefonicznie: +48 22 787 27 01

Cel i podstawy przetwarzania

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w zakresie niezbędnym do wykonania przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Wołominie zadań związanych z realizacją, sprawozdawczością, nadzorem oraz z czynnościami kontrolnymi dotyczącymi realizacji „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026. 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, w związku z art. 7 ust. 5 i art. 16 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2024 r. poz. 1848), art. 60-67 i art. 169 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 1530, z późn. zm.);
- art. 6 ust. 1 lit. e RODO - tj. przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym.

Odbiorcy danych osobowych

Odbiorcami do których mogą być przekazane Państwa dane osobowe są osoby/podmioty uprawnione do obsługi doręczeń oraz podmioty, z którymi Ośrodek Pomocy Społecznej zawarł



umowę na świadczenie usług serwisowych dla użytkowanych w Ośrodku systemów informatycznych.

Przekazywanie danych osobowych do państw trzecich

Nie przekazujemy Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

Przechowywanie danych

Będziemy przechowywać Państwa dane osobowe do chwili załatwienia sprawy, w której zostały one zebrane, a następnie – w przypadkach, w których wymagają tego przepisy kancelaryjne i archiwalne obowiązujące w Ośrodku Pomocy Społecznej w Wołominie, przez czas określony w tych przepisach.

Prawa osób, których dane dotyczą

Mają Państwo prawo do:

- prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
- prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
- prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
- prawo do usunięcia danych osobowych;
- prawo do wniesienia skargi do Prezesa UODO (na adres Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Moniuszki 1A 00-014 Warszawa)

Informacja o dobrowolności lub obowiązku podania danych

Podanie przez Państwa danych osobowych jest niezbędne do udziału w programie: „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 i udzielenia pomocy w ramach ww. programu.

Informacja o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji

Państwa dane osobowe nie są profilowane.

Potwierdzam zapoznanie się:



Oświadczenie o korzystaniu z usług

Ja niżej podpisany/podpisana _____
będąc świadomym odpowiedzialności za składanie fałszywych zeznań na podstawie
art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2025 r., poz.
383 ze zm.) oświadczam, że *(proszę zaznaczyć prawidłową odpowiedź)*:

1. Osoba, nad którą sprawuję bezpośrednią opiekę: _____
stale przebywa w domu, tj. nie korzysta z ośrodka wsparcia lub placówek pobytu
całodobowego, np. ośrodka szkolno-wychowawczego czy internatu.

2. Osoba, nad którą sprawuję bezpośrednią opiekę: _____
korzysta ze wsparcia oferowanego przez *(proszę wskazać nazwę placówki i adres)*

w następującym wymiarze: _____

Miejscowość _____, data _____

(Podpis osoby opiekuna prawnego lub członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej)



OCENA INDYWIDUALNEJ SYTUACJI UCZESTNIKA

Imię i nazwisko wnioskodawcy: _____

Adres zamieszkania: _____

1. Poziom samodzielności osoby z niepełnosprawnością wg poniższych sprawności:

- 1.1 **Spożywanie posiłków** Suma punktów: _____
0 = nie jest w stanie samodzielnie jeść lub przetykać,
5 = potrzebuje pomocy w przygotowaniu posiłku
10 = samodzielny, niezależny
- 1.2 **Przemieszczanie się wew. mieszkania** Suma punktów: _____
0 = w ogóle nie porusza się
5 = porusza się za pomocą sprzętu wspomagającego lub z pomocą co najmniej jednej osoby
10 = samodzielny, niezależny w poruszaniu się
- 1.3 **Przemieszczanie się nazew. mieszkania** Suma punktów: _____
0 = w ogóle nie porusza się
5 = porusza się za pomocą sprzętu wspomagającego lub z pomocą co najmniej jednej osoby
10 = samodzielny, niezależny w poruszaniu się
- 1.4 **Wchodzenie i schodzenie po schodach** Suma punktów: _____
0 = nie jest w stanie wchodzić i schodzić po schodach
5 = potrzebuje pomocy fizycznej asekuracji
10 = samodzielny
- 1.5 **Utrzymywanie higieny osobistej** Suma punktów: _____
0 = nie jest w stanie wykonać żadnych czynności higienicznych
5 = potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności higienicznych
10 = samodzielny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów
- 1.6 **Korzystanie z toalety** Suma punktów: _____
0 = nie korzysta w ogóle z toalety
5 = potrzebuje lub częściowo potrzebuje pomocy przy korzystaniu z toalety
10 = samodzielny w dotarciu do toalety
- 1.7 **Mycie, kąpiel całego ciała** Suma punktów: _____
0 = niezdolny/a do samodzielnego umycia
5 = wymaga wsparcia
10 = samodzielny
- 1.8 **Ubieranie się i rozbieranie** Suma punktów: _____
0 = potrzebuje kompleksowej pomocy innej osoby
5 = potrzebuje częściowej pomocy innej osoby
10 = samodzielny, niezależny
- 1.9 **Poziom realizacji potrzeb fizjologicznych** Suma punktów: _____
0 = nie kontroluje realizacji potrzeb fizjologicznych
5 = nie zawsze kontroluje realizację potrzeb fizjologicznych
10 = kontroluje potrzeby fizjologiczne

Łączna suma punktów: _____

Skala:

0-20 pkt. - osoba niezdolna do samoopieki

21-85 pkt. - osoba wymagająca częściowej pomocy

86 -100 pkt. - osoba samodzielna

2. Sytuacja członka rodziny lub opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, ubiegającego się uczestnictwo w Programie *(czy jest aktywny zawodowo, czy ma możliwość podjęcia aktywności zawodowej ze względu na konieczność opiekowania się osobą z niepełnosprawnością, czy ma możliwość uzyskania pomocy od innych osób w zakresie opieki nad taką osobą)*:

3. WNIOSKI:

.....
(data, podpis i pieczęć pracownika sporządzającej ocenę)

WZÓR

**Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego –
edycja 2026**

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

III. Informacja dotycząca indywidualnej sytuacji członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością:

W jakich bieżących czynnościach życia codziennego dotyczących zabezpieczenia potrzeb osoby z niepełnosprawnością, w szczególności wymagane jest wsparcie:

1. czynności samoobsługowe (np. utrzymanie higieny osobistej) **Tak** /**Nie**
 2. przemieszczanie się poza miejscem zamieszkania (np. spacer, udanie się do placówki zdrowia, sklepu, itp) **Tak** /**Nie**
 3. podejmowanie aktywności życiowej i komunikowanie się z otoczeniem **Tak** /**Nie**
 4. inne:
-

Informacje na temat poziomu samodzielności osoby z niepełnosprawnością, nad którą członek rodziny/opiekun sprawuje opiekę, w tym 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):

.....

.....

.....

Informacje na temat sytuacji członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością w odniesieniu do sprawowania bezpośredniej opieki nad osobą z niepełnosprawnością:

1. czy osoba z niepełnosprawnością, nad którą członek rodziny/opiekun sprawuje bezpośrednią opiekę stale przebywa w domu i nie korzysta np. z ośrodka wsparcia, z placówki pobytu całodobowego, z warsztatu terapii zajęciowej, szkoły i placówki, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2025 r. poz. 881), nie uczy się lub nie studiuje? **Tak****/Nie**;
2. czy członek rodziny/opiekun osoby z niepełnosprawnością sprawujący bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością jest nieaktywny zawodowo i ma ograniczone możliwości podejmowania aktywności zawodowej ze względu na konieczność opiekowania się osobą z niepełnosprawnością? **Tak****/Nie**.

Jeżeli **Tak**, proszę opisać powód, dla którego jest nieaktywny zawodowo:

.....

.....

.....

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

dzienna, miejsce wraz z adresem

.....*

całodobowa, miejsce wraz z adresem

.....*

w godzinach

.....

w dniach

.....

V. Wskazanie osoby, która będzie świadczyła usług opieki wytchnieniowej

Czy wskazuje Pan(i) osobę pełnoletnią, niebędącą członkiem rodziny osoby z niepełnosprawnością, opiekunem osoby z niepełnosprawnością lub osobą faktycznie zamieszkującą razem z osobą z niepełnosprawnością, która będzie świadczyła, za uprzednią pisemną zgodą gminy/powiatu, w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością albo innym miejscu wskazanym przez Pana(ią) lub realizatora

Programu „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, usług opieki wychnieniowej?

Tak / Nie

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

.....

VI. Oświadczenia:

1. Oświadczam, że osoba z niepełnosprawnością w związku z opieką nad którą, ubiegam się o przyznanie usługi opieki wychnieniowej 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 2025 r. poz. 913) / jest dzieckiem od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności**.
2. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług opieki wychnieniowej oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowania przez gminę/powiat, która/który realizuje Program „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026, świadczonych usług opieki wychnieniowej. 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 wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026.
4. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026.
5. Oświadczam, że w godzinach realizacji usług opieki wychnieniowej, finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego, wobec osoby z niepełnosprawnością objętej usługą opieki wychnieniowej w związku z opieką nad którą, ubiegam się o przyznanie usługi opieki wychnieniowej, nie będą świadczone inne formy pomocy usługowej, w tym:
 - 1) usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2025 r. poz. 1214),
 - 2) usługi finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,

- o ile obejmują analogiczne wsparcie, o którym mowa w części V ust. 17 Programu, tj. zastępowanie członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością, w bieżących czynnościach życia codziennego dotyczących zabezpieczenia potrzeb osoby z niepełnosprawnością, takich jak: w czynnościach samoobsługowych (np. utrzymanie higieny osobistej), w przemieszczaniu się poza miejsce zamieszkania (np. spacer, udanie się do placówki zdrowia, sklepu, itp), w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem, finansowane ze środków publicznych.

6. Oświadczam, że aktualnie uczestniczę/nie uczestniczę*** bądź uczestniczyłem/nie uczestniczyłem*** w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 lub innym programie resortowym Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w 2026 r. w zakresie usług opieki wytchnieniowej. W ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 i/lub innego programu resortowego Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w 2026 r. w zakresie usług opieki wytchnieniowej, przyznano mi (wpisać liczbę godzin/dób) godzin/dób usług opieki wytchnieniowej.
7. W przypadku wskazania w dziale V niniejszej Karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 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 2026:

- 1) świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego:
 - a) ośrodek wsparcia,
 - b) dla osoby pełnoletniej, dom pomocy społecznej świadczący usługi wsparcia krótkoterminowego w formie dziennej,
 - c) dla osoby pełnoletniej, 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, w przypadku posiadania warunków infrastrukturalnych i organizacyjnych, oraz gdy świadczenie usług opieki wytchnieniowej nie wpłynie negatywnie na usługi świadczone przez dom pomocy społecznej mieszkańcom domu,
 - 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 pisemną zgodą gminy/powiatu, miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
 - f) za uprzednią pisemną 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) dla osoby pełnoletniej, mieszkanie treningowe lub wspomagane,
 - b) ośrodek wsparcia,
 - c) dla osoby pełnoletniej, rodzinny domu pomocy,
 - d) dla osoby pełnoletniej, dom pomocy społecznej świadczący usługi wsparcia krótkoterminowego w formie pobytu całodobowego,
 - e) dla osoby pełnoletniej, 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, w przypadku posiadania warunków infrastrukturalnych i organizacyjnych, oraz gdy świadczenie usług opieki wytchnieniowej nie wpłynie negatywnie na usługi świadczone przez dom pomocy społecznej mieszkańcom domu,
 - f) dla osoby pełnoletniej, 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 pisemną zgodą gminy/powiatu, miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
 - i) za uprzednią pisemną 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.

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

*** odpowiednie skreślić.

WZÓR

Kluczowa informacyjna Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej dla pracowników urzędów wojewódzkich oraz pracowników urzędów gmin/powiatów, którzy uczestniczą w realizacji Programu „Opieka wychowawcza” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026

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.

Kategoria osób

Pracownicy urzędów wojewódzkich oraz pracownicy urzędów gmin/urzędów powiatów, które wystąpiły o realizację lub realizują przyjęty przez Ministra Program „Opieka wychowawcza” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026.

Źródło pozyskania danych osobowych

Bezpośrednio, na podstawie art. 13 RODO, od pracowników urzędów wojewódzkich albo pracowników urzędów gmin/urzędów powiatów, które wystąpiły o realizację lub realizują przyjęty przez Ministra Program „Opieka wychowawcza” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026.

Pośrednio, na podstawie art. 14 RODO, od urzędów wojewódzkich oraz urzędów gmin/urzędów powiatów, które wystąpiły o realizację lub realizują przyjęty przez Ministra Program „Opieka wychowawcza” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026.

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 „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026. 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, w związku z art. 7 ust. 5 i art. 16 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2024 r. poz. 1848), art. 60-67 i art. 169 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 1530, z późn. zm.) i ww. Program;
- art. 6 ust. 1 lit. e RODO - tj. przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym;
- art. 6 ust. 1 lit. b RODO w zakresie niezbędnym do zawarcia i wykonania umowy; art. 6 ust. 1 lit. f RODO, tj. prawnie uzasadniony interes administratora polegający na dochodzeniu ewentualnych roszczeń.

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 tj. narzędzia informatycznego dostępnego na stronie internetowej <https://bfs.mrips.gov.pl>, 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 2026, a następnie do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów dotyczących archiwizacji dokumentacji lub ewentualnych roszczeń.

Prawa podmiotów danych

Przysługuje Pani/Panu:

- prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
 - prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych;
 - prawo do usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania danych;
 - prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych;
 - prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
- w zakresie przewidzianym przez przepisy prawa.

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).

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 2026.