

ZARZĄDZENIE nr 10/2025
DYREKTORA OŚRODKA POMOCY SPOŁECZNEJ W WOŁOMINIE
z dnia 25 marca 2025 r.

w sprawie wprowadzenia Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w programie „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 w gminie Wołomin oraz ustanowienia Komisji kwalifikującej do udziału w tym programie

Na podstawie § 6 i 8 Statutu Ośrodka Pomocy Społecznej w Wołominie stanowiącego załącznik do Uchwały Nr XI – 97/2015 Rady Miejskiej w Wołominie z dnia 17 września 2015 roku z późniejszymi zmianami oraz § 4 ust. 5 Regulaminu Organizacyjnego w Ośrodku Pomocy Społecznej w Wołominie wprowadzonego Zarządzeniem 20/2024 z dnia 01 sierpnia 2024r., zarządzam co następuje:

§ 1

Zatwierdzam i wprowadzam Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w programie „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 w gminie Wołomin, stanowiący załącznik nr 1 do niniejszego zarządzenia.

§ 2

Powołuję Komisję kwalifikacyjną do udziału w Programie „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 w gminie Wołomin, w skład której wchodzi:


1. Karol Boński – przewodniczący komisji
2. Sylwia Jagodzińska – członek komisji
3. Edyta Łońska - członek komisji

§ 3

Zobowiązuję Pracowników Ośrodka Pomocy Społecznej w Wołominie do zapoznania się i stosowania uregulowań Regulaminu, o którym mowa jest w § 1.

§ 4

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

DYREKTOR
Ośrodka Pomocy Społecznej
w Wołominie

Anna Kurys

**Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w Programie
„Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025**

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 2025, 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 (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.
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 jest Ośrodek Pomocy Społecznej w Wołominie zwany dalej „Ośrodkiem”.
7. Program będzie prowadzony do 18 grudnia 2025 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 (Dz. U. z 2024 r. poz. 44, z późn. zm.)
2. Liczba miejsc w Programie w 2025 r. wynosi 12, w tym 2 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. 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 wychowawcza dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025”, stanowiącej załącznik numer 1 do regulaminu;
 - 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 (Dz. U. z 2024 r. poz. 44, z późn. zm.)– które wymagają usług opieki wychowawczej; weryfikacja spełniania kryterium nastąpi na podstawie kopii orzeczenia lub dokumentu równoważnego.
 6. Pierwszeństwo do zakwalifikowania do udziału w Programie będą mieć członkowie rodzin lub opiekunowie sprawujący bezpośrednią opiekę nad dzieckiem w wieku od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności lub osobą ze znacznym stopniem niepełnosprawności lub z orzeczeniem traktowanym na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, 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.
 7. W godzinach realizacji usług opieki wychowawczej finansowanych ze środków Funduszu, wobec osoby z niepełnosprawnością objętej usługą opieki wychowawczej 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 wychowawczej finansowane ze środków publicznych.
 8. Dokumenty rekrutacyjne, w szczególności:

- 1) Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025 (załącznik numer 1 do regulaminu) wraz z kopią orzeczenia;
 - 2) Oświadczenie dotyczące opiekuna (załącznik numer 2 do regulaminu);
 - 3) Oświadczenia o zapoznaniu się z informacjami dotyczącymi przetwarzania danych osobowych, wynikającymi z art. 13 RODO (załącznik nr 3 i załącznik nr 4 do regulaminu);
 - 4) Oświadczenie o korzystaniu z usług (załącznik nr 5)
- należy złożyć w formie papierowej w Ośrodku Pomocy Społecznej w Wołominie, al. Armii Krajowej 34, 05-200 Wołomin lub za pośrednictwem usługi e-doręczenia: AE:PL-86594-59288-IDWTT-28
9. O udziale w Programie decyduje kolejność zgłoszeń oraz pierwszeństwo udziału wymienione w punkcie 6.
 10. Po wyczerpaniu liczby miejsc/limitu godzin osoby zostaną wpisane na listę rezerwową. W przypadku rezygnacji z udziału przez osobę zakwalifikowaną do udziału w Programie będzie zapraszana kolejna osoba z listy rezerwowej.
 11. O wynikach rekrutacji osoby zostaną poinformowane pisemnie.

§ 3

Zasady udziału

1. W ramach Programu w 2025 r. 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 wytechnieniowej 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, za zgodą realizatora Programu, w innych zawodach i specjalnościach o charakterze medycznym lub opiekuńczym, 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 wytechnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, której wzór stanowi załącznik nr 1 do niniejszego regulaminu oraz Oświadczeniu dotyczącym opiekuna, którego wzór stanowi załącznik nr 2 do niniejszego regulaminu.
7. Posiadanie doświadczenia, o którym mowa w ust. 6 pkt 2 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.
8. W godzinach realizacji usług opieki wytechnieniowej 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 wytechnieniowej finansowane ze środków publicznych.
9. Maksymalna długość nieprzerwanego świadczenia usługi opieki wytechnieniowej w ramach pobytu dziennego wynosi 12 godzin dla jednej osoby z niepełnosprawnością, z zastrzeżeniem limitu, o którym mowa jest w ust. 1. Usługi opieki wytechnieniowej 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, realizator Programu przyjmuje ustne oświadczenie osoby niepełnosprawnej ubiegającej się o usługi asystencji osobistej, z którego sporządza protokół przyjęcia ustnego oświadczenia.
2. W przypadku zmiany miejsca zamieszkania/pobytu osoba korzystająca z usług asystenta składa pracownikowi socjalnemu oświadczenie o rezygnacji z udziału w Programie w Gminie Wołomin.
3. Osoba zakwalifikowana do Programu jest zobowiązana do respektowania zasad regulaminu.

WZÓR

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

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

Imię i nazwisko:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Telefon:

.....

E-mail:

.....

Data urodzenia:

.....

**II. Dane dotyczące osoby z niepełnosprawnością, w związku z opieką nad którą, członek
rodziny/opiekun ubiega się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej:**

Imię i nazwisko:

.....

Data urodzenia:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Rodzaj niepełnosprawności:

1. dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowie; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowo – 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 Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025 przyznano mi (wpisać liczbę godzin/dni) godzin/dni opieki wytchnieniowej.
7. W przypadku wskazania w dziale III niniejszej Karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 osoby, która będzie świadczyła usług opieki wytchnieniowej oświadczam, że osoba ta przygotowana jest do świadczenia usług opieki wytchnieniowej.

Miejscowość, data

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

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług opieki wytchnieniowej.

.....
Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie

* Należy wpisać miejsce wymienione w treści Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025:

- 1) świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego:
 - a) ośrodek wsparcia,
 - b) dom pomocy społecznej świadczący usługi wsparcia krótkoterminowego w formie dziennej,
 - c) dom pomocy społecznej prowadzony przez podmioty niepubliczne, o których mowa w art. 57 ust. 1 pkt 2-4 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. 2024, poz. 1283 z późn. zm.),
 - d) w przypadku braku możliwości realizacji opieki wytchnieniowej w miejscach, o których mowa w lit. a-c, istnieje możliwość zrealizowania opieki wytchnieniowej w centrum opiekuńczo-mieszkalnym (COM), na zasadach określonych w poszczególnych edycjach Programu Centra Opiekuńczo-Mieszkalne,
 - e) za uprzednią zgodą gminy/powiatu, miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
 - f) za uprzednią zgodą gminy/powiatu, inne miejsce wskazane przez uczestnika Programu lub realizatora Programu, spełniające kryteria dostępności, o których mowa w ustawie z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2022 r. poz. 2240 z późn. zm.);
- 2) świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu całodobowego:
 - a) mieszkanie treningowe lub wspomagane (wyłącznie osoby pełnoletnie),
 - b) ośrodek wsparcia,
 - c) rodzinny domu pomocy,
 - d) dom pomocy społecznej świadczący usługi wsparcia krótkoterminowego w formie pobytu całodobowego,
 - e) dom pomocy społecznej prowadzony przez podmioty niepubliczne, o których mowa w art. 57 ust. 1 pkt 2-4 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,
 - f) placówka zapewniająca całodobową opiekę, o której mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,
 - g) w przypadku braku możliwości realizacji opieki wytchnieniowej w miejscach, o których mowa w lit. a-f, istnieje możliwość zrealizowania opieki wytchnieniowej w centrum opiekuńczo-mieszkalnym (COM), w przypadku posiadania wolnych miejsc,
 - h) za uprzednią zgodą gminy/powiatu, miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
 - i) za uprzednią zgodą gminy/powiatu, inne miejsce wskazane przez uczestnika Programu lub realizatora Programu, spełniające kryteria dostępności, o których mowa w ustawie z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2022 r. poz. 2240).

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

*** odpowiednie skreślić.

Oświadczenie dotyczące opiekuna

Ja niżej podpisany/podpisana _____
oświadczam, iż do pełnienia roli opiekuna w Programie „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek
Samorządu Terytorialnego – edycja 2025⁴ osoby, nad którą sprawuję bezpośrednią opiekę:

wyznaczam Panią/Pana: _____

Jednocześnie oświadczam, że:

- 1) wskazany opiekun jest przygotowany do realizacji usług opieki wychnieniowej wobec wyżej wymienionej osoby, na rzecz której usługi będą świadczone;
- 2) wskazany opiekun 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 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)

WZÓR

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

Zgodnie z art. 13 i 14 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.), zwanego dalej „RODO”, Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej informuje, że:

Tożsamość administratora i dane kontaktowe

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

Dane kontaktowe inspektora ochrony danych osobowych

W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych prosimy o kontakt z Inspektorem Ochrony Danych, drogą elektroniczną – adres email: iodo@mriips.gov.pl lub pisemnie na adres: ul. Nowogrodzka 1/3/5, 00-513 Warszawa.

Kategorie danych osobowych

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

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

Cele przetwarzania i podstawa prawna przetwarzania

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w zakresie niezbędnym do wykonania przez Ministra zadań związanych z realizacją, sprawozdawczością, nadzorem oraz z czynnościami kontrolnymi dotyczącymi realizacji Programu „Opieka Wychowawcza” 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.

Potwierdzam zapoznanie:

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

Realizując zadania określone w programie „Opieka wytechnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, będziemy przetwarzać Państwa dane osobowe w związku z wyrażoną przez Państwa zgodą oświadczoną na piśmie w karcie zgłoszenia do programu.

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. Stawki 2, 00 - 193 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 2025⁴ 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 _____
oświadczam, iż 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.

Miejscowość _____, data _____

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