

**Zarządzenie nr 11/2024**  
**Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie**  
**w Piekarach Śląskich**

**z dnia 25.01.2024r.**

**w sprawie: wprowadzenia Regulaminu realizacji Programu „Opieka wytnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Piekarach Śląskich.**

Na podstawie § 8 ust. 1 i § 10 ust. 1 pkt 7 Regulaminu Organizacyjnego Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Piekarach Śląskich wprowadzonego Zarządzeniem nr 56/MOPR/2023 Prezydenta Miasta Piekary Śląskie z dnia 20 stycznia 2023r.

zarządza się, co następuje :

§ 1

Wprowadzam Regulamin realizacji Programu „Opieka wytnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Piekarach Śląskich, stanowiący załącznik nr 1 do niniejszego Zarządzenia.

§ 2

Zobowiązuje się wszystkich kierowników do zapoznania podległych pracowników z treścią niniejszego Zarządzenia.

§ 3

Wykonanie oraz nadzór nad wykonaniem niniejszego Zarządzenia powierzam Kierownikowi Działu Aktywizacji Społecznej.

§ 4

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podjęcia, z mocą obowiązującą od dnia 02.01.2024r.

**Maciej Gazda**  
**Dyrektor**  
**Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie**  
**w Piekarach Śląskich**

**Regulamin**  
**realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024**  
**przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Piekarach Śląskich**

§ 1

Regulamin określa zasady realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, którego podstawą prawną jest art. 7 ust. 5 oraz art. 13 ustawy z dnia 23 października 2018r. o Funduszu Solidarnościowym zwanego dalej „Programem”.

§ 2

1. Program realizowany będzie na terenie Miasta Piekary Śląskie w okresie do 31.12.2024r. w formie pobytu dziennego w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej.
2. Program adresowany jest do mieszkańców Piekar Śląskich - członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad:
  - a) dziećmi do ukończenia 16 roku życia posiadającymi orzeczenie o niepełnosprawności lub
  - b) osobami niepełnosprawnymi posiadającymi orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub posiadające 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 (Dz. U. z 2023 r. poz.100, z późn. zm.).
3. Usługa opieki wytchnieniowej przysługuje w przypadku zamieszkiwania członka rodziny lub opiekuna, we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą z niepełnosprawnością, która wymaga stałej opieki w zakresie potrzeb życia codziennego.
4. Celem Programu jest wsparcie członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad dziećmi z orzeczeniem o niepełnosprawności, osobami ze znacznym stopniem lub równoważnym poprzez czasowe odciążenie od codziennych obowiązków łączących się ze sprawowaniem opieki, zapewnienie im czasu na odpoczynek i regenerację.
5. W ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024 planuje się realizację 1337 godzin usług opieki wytchnieniowej (7x 191h).

§ 2

1. Kwalifikacja osób odbywać się będzie do wyczerpania planowanej liczby uczestników Programu tj. 7 osób w tym:
  - a) 5 opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad 5 dorosłymi osobami z niepełnosprawnością posiadającymi orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności bądź równoważne,
  - b) 2 rodziców/ opiekunów prawnych sprawujących bezpośrednią opiekę nad 2 dziećmi do ukończenia 16. roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności.
2. Jeśli w trakcie realizacji usług opieki wytchnieniowej uczestnik Programu zrezygnuje z kontynuacji wsparcia, zadeklaruje chęć rezygnacji z części godzin wsparcia lub kontynuacją wsparcia nie będzie możliwa – na jego miejsce zostanie zakwalifikowana inna osoba – o ile będzie to możliwe i zasadne - z uwzględnieniem limitów godzin przypadających na 1 uczestnika Programu.
3. Osoby zainteresowane mogą składać wnioski o objęcie tą formą wsparcia zarówno osobiście, na piśmie, jak i w drodze zgłoszenia telefonicznego weryfikowanego przez pracowników socjalnych Zespołu Usług i Wsparcia Społecznego Działu Aktywizacji Społecznej MOPR w Piekarach Śląskich.
4. Rekrutacja ma charakter otwarty do momentu zapewnienia limitu uczestników.
5. W przypadku braku wolnych miejsc zostanie utworzona lista rezerwowa.
6. Członek rodziny osoby z niepełnosprawnością lub opiekun osoby z niepełnosprawnością ubiegający/a się o udział w Programie:
  - a) wypełnia załącznik nr 1 do Regulaminu – Karta zgłoszenia do Programu,
  - b) załącza kserokopię aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności osoby, z którą zamieszkuje i nad którą sprawuje bezpośrednią opiekę.
- 7 Dokumenty rekrutacyjne należy:
  - a) wypełnić w sposób czytelny, w języku polskim, odręcznie lub komputerowo;
  - b) wypełnić wszystkie pola;
  - c) podpisać we wszystkich wskazanych polach odręcznie.

8. Złożone dokumenty nie podlegają zwrotowi i stanowią dokumentację Programu.
9. Realizator zastrzega, że złożenie dokumentów rekrutacyjnych nie oznacza przyjęcia do Programu.
10. Pracownik socjalny Zespołu Usług i Wsparcia Społecznego Działu Aktywizacji Społecznej każdorazowo dokonuje oceny zasadności przyznania usługi opieki wytchnieniowej, co potwierdza na załączniku nr 1 do Regulaminu.
11. Uczestnik Programu zobowiązany jest do aktualizacji Karty zgłoszenia do Programu w każdym przypadku zmiany danych w niej zawartych niezwłocznie, jednak nie później niż w ciągu 7 dni od dnia nastąpienia zmiany.
12. Zgłoszenia będą podlegały ocenie formalnej. Ocena formalna polega na sprawdzeniu kompletności złożonych dokumentów, w tym ważności orzeczenia o niepełnosprawności/stopniu niepełnosprawności/orzeczenia równoważnego.
13. Kompletnie wnioski będą podlegały ocenie merytorycznej w celu wyłonienia osób wymagających wysokiego poziomu wsparcia.
14. W pierwszej kolejności uwzględniane będą 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.
15. Realizator przyznając usługi opieki wytchnieniowej weźmie pod uwagę stan zdrowia i sytuację życiową uczestników Programu oraz osób z niepełnosprawnościami na podstawie ustaleń pracownika socjalnego Zespołu Usług i Wsparcia Społecznego spisanych na załączniku nr 3 do Regulaminu.
16. W procedurze kwalifikacyjnej rozpatrywane będą wnioski z zapotrzebowaniem na wsparcie w pierwszym kwartale 2024r. Zawarte we wnioskach zapotrzebowania na kolejne kwartały będą analizowane i rozpatrywane co najmniej 14 dni przed rozpoczęciem kolejnego kwartału. Wyjątek stanowi I kwartał.
17. O zakwalifikowaniu lub niezakwalifikowaniu członka rodziny osoby z niepełnosprawnością lub opiekuna osoby z niepełnosprawnością informuje się na piśmie.

### § 3

1. W godzinach realizacji usługi opieki wytchnieniowej nie mogą być świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych albo usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w ust. 7, finansowane z innych źródeł. Pracownicy prowadzący kwalifikację do programu są zobowiązani do weryfikacji wniosków z uwzględnieniem wydanych decyzji na przyznanie ww. usług.
2. Maksymalna długość nieprzerwanego świadczenia usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego wynosi 12 godzin dla jednej osoby z niepełnosprawnością i może być świadczona w godzinach 6.00-22.00.
3. W przypadku zmiany miejsca zamieszkania/pobytu uczestnik Programu planujący kontynuować udział w Programie składa do gminy Kartę zgłoszenia do Programu oraz oświadczenie o dotychczasowej formie świadczenia usług opieki wytchnieniowej oraz o dotychczasowym wymiarze przyznanej usługi opieki wytchnieniowej (liczba godzin/liczba dni).
4. Usługi opieki wytchnieniowej powinny być prowadzone z poszanowaniem podmiotowości oraz potrzeb osób z niepełnosprawnościami.
5. 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

1. Usługi opieki wytchnieniowej mogą świadczyć osoby niebędące członkami rodziny osoby z niepełnosprawnością, opiekunami osoby z niepełnosprawnością lub osobami faktycznie zamieszkującymi razem z osobą z niepełnosprawnością, które:
  - a) posiadają dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie: asystent osoby niepełnosprawnej, pielęgniarka, siostra PCK, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, fizjoterapeuta lub:
  - b) 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:
  - c) zostaną wskazane przez uczestnika Programu w Karcie zgłoszenia do Programu, której wzór stanowi załącznik nr 1 do Regulaminu.
2. Posiadanie doświadczenia może zostać udokumentowane pisemnym oświadczeniem podmiotu, który

zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnością.

3. W przypadku gdy usługa opieki wychnieniowej będzie świadczona dla członków rodziny lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad dziećmi do ukończenia 16. roku życia posiadającymi orzeczenie o niepełnosprawności od osób świadczących usługę wymagane będzie:

a) zaświadczenie o niekaralności;

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

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

4. Informacja o niefigurowaniu w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym w postaci wydruku pobranej informacji z Rejestru zostanie zweryfikowana przez upoważnionego pracownika Działu Organizacji, Kadr i Płac na podstawie wypełnionego załącznika nr 7 do Regulaminu. Po weryfikacji wydruk z systemu zostanie przekazany do pracownika Działu Aktywizacji Społecznej.

5. Rozliczenie usługi następuje na podstawie prowadzonej Karty realizacji usług opieki wychnieniowej, która stanowi załącznik nr 2 do Regulaminu.

## § 5

1. Realizacja usług opieki wychnieniowej rozpocznie się po wyłonieniu wykonawcy w procedurze zamówienia publicznego.

2. Cyklicznie prowadzony będzie monitoring i kontrola jakości świadczonych usług opieki wychnieniowej przez pracowników socjalnych Zespołu Usług i Wsparcia Społecznego Działu Aktywizacji Społecznej (na załączniku nr 4 do Regulaminu).

## § 6

1. Uczestnicy Programu nie ponoszą odpłatności za usługi świadczone w ramach Programu.

2. Uczestnicy są zobowiązani do zapoznania się z klauzulami Rodo stanowiącymi załącznik nr 5 i nr 6 do Regulaminu.

3. Uczestnicy Programu zobowiązani są do zapoznania się z Regulaminem realizacji Programu „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024 przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Piekarach Śląskich.

## § 7

Zasady i realizacja poszczególnych zadań odbywa się na podstawie obowiązujących wytycznych zapisów Programu „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024.

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

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

Imię i nazwisko: .....

Data urodzenia: .....

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 wychowawczej:**

Imię i nazwisko: .....

Data urodzenia: .....

Adres zamieszkania: .....

.....

Rodzaj niepełnosprawności:

1) dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowie; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowa – rdzeniowa)

2) dysfunkcja narządu wzroku

3) zaburzenia psychiczne

4) dysfunkcje o podłożu neurologicznym

5) dysfunkcja narządu mowy i słuchu

6) pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne

W jakich czynnościach w szczególności wymagane jest wsparcie:

1 czynności samoobsługowe, w tym utrzymanie higieny osobistej **Tak** / **Nie**

2 prowadzenie gospodarstwa domowego i wypełniania 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 wychowawczej):

.....

.....  
.....

**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 usługi 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 gminy/powiatu, w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością albo innym miejscu wskazanym przez Pana(i) 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 gminę/powiat, który/która 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, 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 Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej w 2024r. 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.



**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: .....  
Data urodzenia: .....  
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:**

- a) Opieka wytchnieniowa przyznana w formie: dziennej, całodobowej\*
- b) Opieka wytchnieniowa przyznana w wymiarze: .....  
.....
- c) Miejsce (wraz z adresem) realizacji usług opieki wytchnieniowej:  
.....

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.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						

d) Łączna liczba godzin/dni świadczonej opieki wytchnieniowej w formie:

- dziennej wynosi ..... godzin,
- 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

Załącznik nr 3 do Regulaminu  
realizacji Programu „Opieka wychowawcza” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024  
przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Piekarach Śląskich

**Ustalenia pracownika socjalnego dotyczące stanu zdrowia i sytuacji życiowej osoby  
z niepełnosprawnością, która wymaga stałej opieki w zakresie potrzeb życia codziennego oraz  
uczestnika Programu „Opieka wychowawcza” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja  
2024**

Piekarzy Śląskich, dnia.....

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

.....  
(podpis uczestnika Programu)

.....  
(podpis pracownika socjalnego)

**PROTOKÓŁ OCENY JAKOŚCI I ZAKRESU USŁUG OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ  
w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego  
– edycja 2024**

Piekary Śląskie, dnia.....

W dniu..... pracownik socjalny.....

Przeprowadził kontrolę świadczonych usług u Pani/Pana .....

zam. Piekary Śląskie ul. ....

Rodzaj wizyty w środowisku:

- zapowiedziana / niezapowiedziana\*
- z udziałem / bez udziału osoby świadczącej usługę \*

**I. Ocena jakości realizacji usług opieki wytchnieniowej przez uczestnika Programu:**

1. Czy klient jest zadowolony z jakości świadczonych usług?

/// Tak

/// Zgłoszono uwagi (jakie).....

2. Uwagi pracownika kontrolującego usługi asystencji osobistej (jeśli dotyczy)

**II. Prawidłowość realizacji usług opieki wytchnieniowej.**

1. Czy zakres usług opieki wytchnieniowej realizowany jest zgodnie z Kartą zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

/// Tak

/// Nie

/// Zgłoszono uwagi (jakie).....

2. Czy w w godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej były świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze lub inne usługi obejmujące analogiczne wsparcie?

/// Tak

/// Nie

/// Nie weryfikowano

3. Planowane kolejne wizyty kontrolne (w związku ze stopniem zabezpieczenia potrzeb oraz kondycją podopiecznego):

- /// Częściej niż 1 raz w tygodniu
- /// 1 w tygodniu
- /// 2 razy w miesiącu
- /// 1 raz w miesiącu
- /// inne.....

.....  
Podpis świadczeniobiorcy\*\*

.....  
Podpis pracownika socjalnego

.....  
Podpis świadka / opiekunki/ osoby świadczącej usługi \*\*

\* zaznacz właściwe

\*\* jeśli możliwe jest jego złożenie

**Klauzula informacyjna RODO w ramach programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 Ministra Rodziny i Polityki Społecznej.**

Zgodnie z art. 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 i Polityki Społecznej informuje, że:

**Tożsamość administratora i dane kontaktowe**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w Ministerstwie Rodziny i Polityki Społecznej jest Minister Rodziny 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](mailto: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 danych:

W przypadku osoby świadczącej usługi opieki wytchnieniowej określonej w przyjętym przez Ministra Programie „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024: imię i nazwisko, miejsce pracy, stanowisko, adres e-mail, numer telefonu.

W przypadku uczestnika Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024: imię i nazwisko oraz dane określone w Karcie zgłoszenia do Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia kontroli, postępowania w trybie nadzoru lub sprawozdawczości.

**Cele przetwarzania i podstawa prawna przetwarzania**

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w zakresie niezbędnym do wykonania przez Ministra zadań związanych ze sprawozdawczością, nadzorem oraz z czynnościami kontrolnymi dotyczącymi realizacji Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO gdyż, przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, art. 6 ust. 1 lit. e RODO gdyż, przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO gdyż, 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” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, przyjętego na

podstawie art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2023 r. poz. 647 z późn. zm.).

### **Odbiorcy danych lub kategorie odbiorców danych**

Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora w zakresie realizowanych przez niego obowiązków oraz w związku z wykonywaniem czynności związanych z realizacją Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, a także innym podmiotom lub organom upoważnionym do pozyskania Pani/Pana danych na podstawie przepisów prawa (np. podmiotom kontrolującym Ministra). Administrator nie będzie przekazywał Pani/Pana danych osobowych do państwa trzeciego lub do organizacji międzynarodowej.

### **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 2024, 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, do ograniczania przetwarzania tych danych oraz prawo do żądania ich usunięcia po upływie okresu, o którym mowa powyżej. Realizacja powyższych praw musi być zgodna z przepisami prawa, na podstawie których odbywa się przetwarzanie danych osobowych, a także m.in. z zasadami wynikającymi z Kodeksu postępowania administracyjnego i zasadami archiwizacji.

### **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**

Pani/Pana dane zostały przekazane przez jednostkę samorządu terytorialnego lub podmiot uprawniony do prowadzenia działalności pożytku publicznego, która/który przekazał/a nam je w związku z Pani/Pana udziałem w Programie „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.

### **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 2024.

## **Klauzula informacyjna w ramach programu „Opieka wychowawcza” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – 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 Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Piekarach Śląskich z siedzibą przy ul. Biskupa Nankera 103, 41-949 Piekary Śląskie, (nr tel.: 32 288 35 74, adres e-mail: [biuro@mopr.piekary.pl](mailto:biuro@mopr.piekary.pl)), reprezentowany przez Dyrektora – Macieja Gazdę
- 2 We wszystkich sprawach dotyczących ochrony danych osobowych, mają Państwo prawo kontaktować się z naszym Inspektorem Ochrony Danych na adres e-mail: [iod@mopr.piekary.pl](mailto:iod@mopr.piekary.pl)
- 3 Celem przetwarzania danych osobowych jest realizacja programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wychowawcza” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – 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 wychowawcza” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, przyjętego na podstawie ustawy z dnia 23 października 2018r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2020 r. poz. 1787).
- 5 Dane osobowe będą przechowywane przez okres przewidziany w przepisach dotyczących przechowywania i archiwizacji dokumentacji, tj. przez 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym rozpatrzono wniosek.
- 6 Źródłem pochodzenia danych osobowych mogą być wnioskodawcy, tj. osoby niepełnosprawne, rodzice i opiekunowie osób niepełnosprawnych oraz osoby zatrudnione/świadczące/realizujące usługi opiekuna wychowawczego.
- 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 Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie



w Piekarach Śląskich, w szczególności dane osób świadczących/realizujących usługi opiekuna wytchnieniowego na rzecz uczestników Programu lub opiekunów prawnych mogą być udostępniane Ministrowi Rodziny i Polityki Społecznej lub Wojewodzie Śląskiemu m.in. do celów sprawozdawczych czy kontrolnych.<sup>1)</sup>

- 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.

Podanie danych osobowych w zakresie wynikającym z Karty zgłoszenia do programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024 lub realizacji programu jest dobrowolne, jednak niezbędne do wzięcia udziału w programie.

---

1 <sup>)</sup> W przypadku udostępniania Ministrowi Rodziny i Polityki Społecznej danych osób fizycznych, gmina (*należy wskazać nazwę gminy/powiatu*) zrealizuje w imieniu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej obowiązek wynikający z art. 14 RODO i poinformuje te osoby o przetwarzaniu ich danych przez Ministra Rodziny i Polityki Społecznej. Klauzulę Ministra Rodziny i Polityki Społecznej stanowi załącznik nr 13 do programu.

Załącznik nr 7 do Regulaminu  
realizacji Programu „Opieka wychowawcza” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024  
przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w  
Piekarach Śląskich

.....  
( Miejscowość i data )

Imię .....

Nazwisko .....

Nazwisko rodowe .....

PESEL .....

Data urodzenia .....

Imiona rodziców .....

.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w związku z art 21 Ustawy z dnia 13 maja 2016r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym (t.j. Dz. U. z 2023r. poz. 31 z późniejszymi zmianami).

.....

(czytelny podpis)