

**Regulamin rekrutacji i udziału w Programie „ Opieka wytchnieniowa ”**

**dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**

**§ 1.**

**Definicje**

1. **Program** – Program „ Opieka wytchnieniowa ” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego.
	1. **Uczestnik** – członek rodziny/opiekun osoby z niepełnosprawnością, zakwalifikowany do Programu zgodnie z zasadami ujętymi w niniejszym Regulaminie.
2. **Opiekun/Opiekunka – osoba świadcząca usługę opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością.**
3. **Beneficjent** – Gmina Brzostek/Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Brzostku, ul. M.N. Mysłowskiego 11, 39-230 Brzostek
4. **Ośrodek** – Miejsko - Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Brzostku.
5. **Kandydat** – osoba ubiegająca się o uczestnictwo w Programie na podstawie zasad ujętych w niniejszym Regulaminie.
	* **2.**

**Postanowienia ogólne**

1. Niniejszy Regulamin określa zasady rekrutacji do Programu oraz zasady uczestnictwa w Programie.
2. Regulamin określa prawa i obowiązki Uczestnika Programu oraz Beneficjenta.
3. Program realizowany jest przez Gminę Brzostek/ Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Brzostku do 31.12.2025 r.
4. Program jest finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „ Opieka wytchnieniowa ” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.
5. Program skierowany jest do mieszkańców Gminy Brzostek.

7. Udział w Programie jest bezpłatny dla Uczestników Programu.

**§ 3.**

**Adresaci Programu**

1. Program jest adresowany do członków rodzin/opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad dziećmi od ukończenia 2 roku życia do ukończenia 16 roku życia posiadającymi orzeczenie o niepełnosprawności lub osobami posiadającymi orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności wydane na podstawie art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
2. Na potrzeby realizacji Programu za opiekuna osoby z niepełnosprawnością uznaje się opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad osobą posiadającą orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, albo orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności oraz opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad dzieckiem od ukończenia 2 roku życia do ukończenia 16 roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności .

**§ 4.**

 **Cele Programu**

1.Głównym celem Programu ‘’ Opieka wytchnieniowa ‘’ dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 jest wsparcie członków rodziny lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobami, o których mowa w § 3 ust. 1. Usługi opieki wytchnieniowej mogą zostać przyznane jedynie w przypadku zamieszkiwania członka rodziny lub opiekuna we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą z niepełnosprawnością, która wymaga stałej opieki w zakresie potrzeb życia codziennego.

2.Usługi opieki wytchnieniowej mają za zadanie odciążyć członków rodziny/opiekunów osób z niepełnosprawnością poprzez wsparcie ich w codziennych obowiązkach łączących się ze sprawowaniem opieki nad osobą z niepełnosprawnością lub przez zapewnienie czasowego zastępstwa. Dzięki temu wsparciu osoby zaangażowane na co dzień w sprawowanie opieki będą mogły przeznaczyć czas na regeneracje i odpoczynek.

**§ 5.**

**Kryteria uczestnictwa**

1.Uczestnikiem Programu może zostać osoba, która spełnia następujące kryteria dostępu i kryteria formalne:

**a) kryteria dostępu:**

- jest członkiem rodziny/opiekunem wymagającym usługi opieki wytchnieniowej zamieszkującym we wspólnym gospodarstwie domowym z:

a) dzieckiem od ukończenia 2 roku życia do ukończenia 16 roku życia posiadających orzeczenie o niepełnosprawności,

b) osobą legitymującą się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności,

c)osobą legitymującą się orzeczeniem traktowanym 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,

**b)kryteria formalne :**

**-** Kandydatzłoży w siedzibie Ośrodka we wskazanym terminie wymagane dokumenty rekrutacyjne:

- kartę zgłoszenia do Programu „ Opieka wytchnieniowa ‘’ dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 stanowiącą załącznik nr 1 do Regulaminu wraz z kserokopią aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności,

- oświadczenie Kandydata/Kandydatki do udziału w Programie stanowiące Załącznik Nr 2 do Regulaminu,

- klauzulę informacyjną RODO stanowiącą Załącznik Nr 3 do Regulaminu,

c**) kryteria premiujące** :

- członkowie rodzin/opiekunowie sprawują bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, która stale przebywa w domu i nie korzysta z systemu nauczania w formie stacjonarnej, tj. w szkole, w tym szkole specjalnej, z ośrodka wsparcia, środowiskowego domu samopomocy, warsztatów terapii zajęciowej ( tzn. w pierwszej kolejności zostaną uwzględnione potrzeby osób sprawujących opiekę nad osobami z niepełnosprawnościami stale przebywającymi w domu),

- członkowie rodzin/opiekunowie sprawujący bezpośrednią opiekę nad dzieckiem od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadający orzeczenie o niepełnosprawności lub osobą ze znacznym stopniem niepełnosprawności lub z orzeczeniem równoważnym, które mają niepełnosprawność sprzężoną.

2.Niespełnianie przez Kandydata kryteriów premiujących nie wyklucza go z możliwości zakwalifikowania do Programu, jednak w przypadku ilości zgłoszeń przekraczających możliwości Ośrodka kryteria premiujące mogą mieć wpływ na zakwalifikowanie do Programu.

**§ 4.**

**Zasady rekrutacji**

1.Beneficjent planuje w ramach realizowanego Programu objąć wsparciem
**3 osoby** z niepełnosprawnościami, w tym :

- **2 członków rodzin/opiekunów** osób posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, albo orzeczenie równoważne,

- **1 członka rodziny/opiekuna** dziecka od ukończenia 2 roku życia do ukończenia 16 roku życia posiadającego orzeczenie o niepełnosprawności.

2.Kandydat składa dokumenty opatrzone własnoręcznym podpisem wymienione w § 3 pkt 1 lit. b w Miejsko - Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Brzostku, ul. M. N. Mysłowskiego 11, 39-230 Brzostek w pok. nr 4 w godzinach urzędowania Ośrodka tj. w poniedziałki w godzinach od 8:00 do 16:00, a od wtorku do piątku w godzinach od 7:00 do 15:00 w formie papierowej **do 20 lutego 2025r****.** W przypadku złożenia dokumentów za pośrednictwem operatora pocztowego decyduje data wpływu do Ośrodka.

3.Karty zgłoszenia do Programu wraz z pozostałą dokumentacją rekrutacyjną będą rejestrowane według kolejności zgłoszeń.

4.Złożenie karty zgłoszenia do Programu wraz z innymi dokumentami wymaganymi przez Beneficjenta nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem Kandydata do Programu.

5.Dokumentacja rekrutacyjna przyjmowana będzie w terminie **od 13.02.2025 r. do**

* + 1. **.**

6.Ocena kryteriów dostępu i formalnych zostanie dokonana metodą spełnia/nie spełnia.

7.Niespełnianie któregokolwiek z kryteriów dostępu lub formalnych kończy dalszą weryfikację dokumentów rekrutacyjnych ( Kandydat/Kandydatka zostaje odrzucony/a).

8.Ocena kryteriów premiujących nastąpi wg. niżej wymienionych wartości punktowych:

1. dziecko od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadające orzeczenie o niepełnosprawności/osoba ze znacznym stopniem niepełnosprawności ma niepełnosprawność sprzężoną ( tj. w orzeczeniu wskazane są co najmniej dwie niepełnosprawności):

- TAK – 5 pkt,

- NIE – 0 pkt.

b) dziecko od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16 roku życia posiadające orzeczenie o niepełnosprawności/osoba ze znacznym stopniem niepełnosprawności stale przebywa w domu i nie korzysta z systemu nauczania w formie stacjonarnej, tj. w szkole, w tym szkole specjalnej, z placówek całodobowego pobytu, ośrodka wsparcia, dziennego domu pomocy, ze środowiskowego domu samopomocy, warsztatów terapii zajęciowej :

1. TAK – 5 pkt.,
2. NIE – 0 pkt.

9.Do uczestnictwa w Programie zostaną zakwalifikowane osoby, które uzyskały największą liczbę punktów w procesie rekrutacji. W przypadku Kandydatów posiadających taką samą liczbę punktów o zakwalifikowaniu do Programu decydować będzie kolejność zgłoszeń do udziału w Programie.

10.W wyniku procesu rekrutacji zostanie utworzona lista osób zakwalifikowanych do uczestnictwa w Programie oraz lista osób rezerwowych, które spełniają kryterium dostępu i formalne, lecz nie zostały zakwalifikowane do udziału w Programie z uwagi na ograniczoną liczbę miejsc. Osoby z listy rezerwowej danej grupy docelowej mogą zostać zakwalifikowane do udziału w Programie według pozycji zajmowanej na liście rezerwowej w trakcie jego trwania w przypadku rezygnacji, skreślenia osoby z uczestnictwa lub pojawienia się możliwości zakwalifikowania większej niż zakładana liczba osób.

1. Osoby, które złożą dokumenty rekrutacyjne po upływie terminu, o którym mowa w § 4 spełniające kryteria dostępu i formalne zostaną umieszczone na liście rezerwowej danej grupy docelowej pod pierwszą wolną pozycją.
2. O zakwalifikowaniu do Programu osoby zostaną powiadomione przez Beneficjenta pisemnie.
3. W przypadku braku wystarczającej liczby Kandydatów, Beneficjent zastrzega sobie prawo do przedłużenia terminu ogłoszonego naboru do Programu, co nie będzie miało wpływu na rozpoczęcie realizacji usługi dla osób zakwalifikowanych do udziału w Programie.
4. Dokumenty rekrutacyjne nie podlegają zwrotowi i stanowią własność Beneficjenta.

**§ 5.**

**Prawa i obowiązki Uczestnika Programu**

1. Uczestnik Programu **ma prawo do**:

1) korzystania z usługi opieki wytchnieniowej w wymiarze i zakresie ustalonym przez beneficjenta,

2) traktowania przez opiekuna z szacunkiem, z zachowaniem form grzecznościowych;

3)poszanowania jego uczuć i światopoglądu, a także poszanowania woli w zakresie sposobu wykonywania usługi opieki wytchnieniowej, jeśli nie wiążą się z obniżeniem jakości usług lub ich opóźnieniem;

4)wymagania od opiekuna świadczenia usług w sposób sumienny i staranny oraz wykonywania czynności zgodnie z zasadami bezpieczeństwa i higieny pracy;

5) zachowania przez opiekuna tajemnicy w zakresie danych i informacji oraz sytuacji zdrowotnej, życiowej i materialnej Uczestnika lub / i członków rodziny lub / i osób zamieszkujących wspólnie z Uczestnikiem;

6) otrzymywania informacji o nieobecności opiekuna lub o jego zastępstwie przekazanej przez opiekuna lub Beneficjenta;

7) przekazywania uwag dotyczących sposobu realizacji i jakości świadczonych na jego rzecz usług oraz zgłaszania ich opiekunowi oraz Beneficjentowi.

1. Uczestnik Programu **jest zobowiązany do**:

1)Niezwłocznego poinformowania Ośrodka, nie później niż w ciągu 3 dni od nastąpienia zmiany, o wszelkich zmianach mających wpływ na prawo i warunki korzystania z usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu, np. utrata statusu osoby z niepełnosprawnością, zmiana stopnia niepełnosprawności, korzystanie w danym roku kalendarzowym z usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków Funduszu w ramach innych programów dotyczących usług opieki wytchnieniowej.

2)Potwierdzania wykonania usługi przez opiekuna własnoręcznym podpisem na karcie realizacji usług asystencji osobistej w ramach Programu „ Opieka wytchnieniowa ” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 oraz innych dokumentach związanych z uczestnictwem i korzystaniem z formy wsparcia. W przypadku odmowy podpisania karty realizacji usługi Uczestnik jest obowiązany podać powód odmowy. Opiekun odnotowuje odmowę podpisania karty i powód odmowy.

3) Niezwłocznego przekazania Beneficjentowi lub opiekunowi informacji

o planowanych, a także nieprzewidzianych nieobecnościach, powodujących brak możliwości realizacji usługi asystenckiej.

4)Respektowania zasad Programu oraz niniejszego Regulaminu.

1. Jako **zachowania niedopuszczalne** w stosunku do Opiekuna traktuje się:
	1. stosowanie przemocy wobec Opiekuna (popychanie, szturchanie, rzucanie przedmiotami, itp.);
	2. podnoszenie głosu na Opiekuna;
	3. stosowanie obraźliwych i wulgarnych zwrotów;
	4. zachowania przekraczające granice sfery intymnej.
2. Uczestnik **nie powinien**:
	1. pożyczać pieniędzy Opiekunowi;
	2. pożyczać pieniędzy od Opiekuna;
	3. przekazywać korzyści majątkowych Opiekunowi, w szczególności mieszkania, pieniędzy, cennych przedmiotów itp.;
	4. udzielać pełnomocnictwa, w tym notarialnego Opiekunowi do rozporządzania swoim majątkiem ani do reprezentowania przed władzami państwowymi, urzędami, organami administracji publicznej, sądami, podmiotami gospodarczymi, osobami fizycznymi, a także do składania oświadczeń oraz wniosków procesowych w kontaktach z wymienionymi podmiotami.

**§ 6.**

**Realizacja usługi opieki wytchnieniowej**

1. Usługi opieki wytchnieniowej mogą być świadczone w godzinach od 6.00 do 22.00 przez 7 dni w tygodniu. Maksymalna długość nieprzerwanego świadczenia usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego wynosi 12 godzin dla jednej osoby z niepełnosprawnością.
2. W godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków Funduszu nie będą świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej, inne usługi finansowane ze środków Funduszu, albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie do usług opieki wytchnieniowej finansowane ze środków publicznych.
3. Uczestnik powinien, o ile jest to możliwe zapewnić, aby osoby wspólnie zamieszkujące z osobą z niepełnosprawnością:
4. utrzymywały czystość wspólnie użytkowanych sprzętów, pomieszczeń,
5. umożliwiły opiekunowi wykonywanie usług,
6. traktowały opiekun z należytym szacunkiem i zachowaniem form grzecznościowych.
7. Niedozwolone jest spożywanie przez Uczestnika, osobę z niepełnosprawnością lub opiekuna alkoholu, środków odurzających lub znajdowanie się pod ich wpływem w trakcie realizacji usługi przez opiekuna.
8. W sytuacji nagłego pogorszenia się stanu zdrowia lub sytuacji zagrażających życiu i zdrowiu osoby z niepełnosprawnością w trakcie realizacji usługi , opiekun wzywa karetkę pogotowia i bezzwłocznie informuje o tej sytuacji Uczestnika Programu.
9. Opiekun ma prawo odmówić realizacji usługi m.in. w:
10. sytuacjach zagrażających życiu lub zdrowiu opiekuna,
11. przypadkach, w których okoliczności wskazują na możliwość wyrządzenia szkody osobom trzecim lub łamania przepisów prawa.

7. Niewywiązanie się przez Uczestnika z obowiązków określonych w niniejszym Regulaminie, może skutkować skreśleniem z uczestnictwa w Programie.

**§ 7.**

**Warunki rezygnacji z uczestnictwa w Programie**

1. Rezygnacja z uczestnictwa w Programie może nastąpić w trakcie jego trwania w każdym czasie.
2. Każdy Uczestnik rezygnujący z udziału w Programie zobowiązany jest do złożenia pisemnej rezygnacji z podaniem powodu rezygnacji.

 **§ 8.**

**Postanowienia końcowe**

**1.**W sprawach nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie zastosowanie mają zapisy Programu „ Opieka wytchnieniowa ” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.

2.W sytuacji wystąpienia w trakcie realizacji przez Beneficjenta Programu zmian w zapisach

Programu „ Opieka wytchnieniowa ” – dla Jednostek Samorządu Terytorialnego edycja 2025 lub wystąpienia rozbieżności z zapisami niniejszego Regulaminu, zastosowanie mają zapisy Programu.

3.W przypadku zaistnienia sytuacji nieuregulowanych w Programie i Regulaminie decyzję co do rozstrzygnięć podejmuje Beneficjent.

4.W uzasadnionych przypadkach, Ośrodek zastrzega sobie prawo wniesienia zmian do niniejszego Regulaminu lub wprowadzenia dodatkowych dokumentów.

5.Wszelkie zmiany niniejszego Regulaminu wymagają zachowania formy pisemnej.

1. Niniejszy Regulamin wchodzi w życie z dniem podpisania.
2. Regulamin dostępny jest w siedzibie Miejsko - Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Brzostku , a oraz na stronie internetowej: [www.mgopsbrzostek.pl](http://www.mgopsbrzostek.pl).



 **Załącznik Nr 1 do Regulaminu**

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

1. **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: ………………………………………………………….……………………..…………………………………………………………………

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

Imię i nazwisko: …………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………

Data urodzenia: ………………………………………….………………………………………………………………………………………………………….

Adres zamieszkania: ………………………………………………………………...……………………………………………………………………………

Rodzaj niepełnosprawności:

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

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:
2. ośrodek wsparcia,
3. dom pomocy społecznej świadczący usługi wsparcia krótkoterminowego w formie dziennej,
4. 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.),
5. 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,
6. za uprzednią zgodą gminy/powiatu, miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
7. 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 z późn. zm.);
8. świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu całodobowego:
9. mieszkanie treningowe lub wspomagane (wyłącznie osoby pełnoletnie),
10. ośrodek wsparcia,
11. rodzinny domu pomocy,
12. dom pomocy społecznej świadczący usługi wsparcia krótkoterminowego w formie pobytu całodobowego,
13. 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,
14. placówka zapewniająca całodobową opiekę, o której mowa w ustawie z dnia z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,
15. 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,
16. za uprzednią zgodą gminy/powiatu, miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
17. 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.



Załącznik nr 2 do regulaminu

**OŚWIADCZENIE KANDYDATA/KANDYDATKI DO UDZIAŁU W PROGRAMIE**

Imię i nazwisko opiekuna osoby z niepełnosprawnością …………………………….……………….

Pouczony(a) o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 § 1 i § 2 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny– za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy\*, a także świadomy celu składania zeznań oświadczam, że:

1. Zamieszkuję we wspólnym gospodarstwie domowym z . ……………………………., który/a jest:

□ dzieckiem od ukończenia 2 roku życia do ukończenia 16 roku życia posiadającym orzeczenie
o niepełnosprawności;

□ osobą posiadającą orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności;

□ osobą posiadającą orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej
i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych

□ Tak

□ Nie

1. Zamieszkuję we wspólnym gospodarstwie domowym z ……………………………. i wymagam wsparcia usługami opieki wytchnieniowej.

□ Tak

□ Nie

3.………………………………………. stale przebywa w domu i nie korzysta z systemu nauczania w formie stacjonarnej, tj. w szkole, w tym szkole specjalnej, z placówek całodobowego pobytu, ośrodka wsparcia, dziennego domu pomocy, ze środowiskowego domu samopomocy, warsztatów terapii zajęciowej

□ Tak

□ Nie ( w przypadku zaznaczenia należy wskazać, gdzie przebywa osoba z niepełnosprawnością):

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………., dnia ………………………………..r.

 (miejscowość)

……………………………………………

 (czytelny podpis członka rodziny/opiekuna)

\*Art. 233 K. K.§  1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

§  2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego
o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.





 Załącznik Nr 3 do Regulaminu

**Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych w sprawach dotyczących realizacji programu „Opieka wytchnieniowa”**

podstawa prawna art.13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO)

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Brzostku, reprezentowany przez Kierownika. Kontakt do Administratora: adres ul. M.N. Mysłowskiego 11, 39-230 Brzostek, tel. 146808921, email:kjedrzejowska@mgopsbrzostek.pl.
2. Z Inspektorem Ochrony Danych (IOD) można skontaktować się pisemnie na adres Ośrodka lub e-mail: iod@mgopsbrzostek.pl.
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu otrzymania usługi w postaci opieki wytchnieniowej z programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, zwany dalej ‘’ Opieka wytchnieniowa’’.
4. Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych jest art. 6 ust. 1 lit. c, e oraz art. 9 ust. 2 lit. b, g RODO – tj. przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi oraz wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze wynikającego z realizacji programu „Opieka wytchnieniowa” na podstawie: ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym oraz ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej. Dane będą również przetwarzane do celu realizacji obowiązków wynikających z umowy, rozliczenia otrzymanych środków z Funduszu Solidarnościowego.
5. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne do wzięcia udziału w programie. Niepodanie danych spowoduje brak możliwości świadczenia usług opieki wytchnieniowej.
6. Pani/Pana dane będą przechowywane nie dłużej niż jest to konieczne do osiągnięcia celu oraz przez okres wymagany kategoria archiwalną B25 tj. 25 lat licząc od roku następującego po roku zakończenia wsparcia.
7. Odbiorcami Państwa danych osobowych mogą być m.in.: Poczta Polska S.A. w przypadku prowadzenia korespondencji, podmioty, osoby świadczące dla Administratora usługi prawne, informatyczne oraz organy publiczne i inni odbiorcy legitymujący się podstawą prawną w pozyskaniu danych osobowych, odbiorca danych może być Minister Rodziny i Polityki Społecznej, Wojewoda Podkarpacki w celach sprawozdawczych, kontrolnych oraz nadzoru. Szczegółowe dane dotyczące odbiorców można uzyskać kontaktując się z Administratorem.
8. Dane nie są przekazywane do państw trzecich ani do organizacji międzynarodowych.
9. W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych przysługuje żądanie następujących uprawnień: dostępu do danych osobowych; żądania sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych - w przypadku gdy ustała podstawa do ich przetwarzania, dane osobowe przetwarzane są niezgodnie z prawem, dane osobowe muszą być usunięte w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisów prawa; żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych - w przypadku, gdy: osoba, której dane dotyczą kwestionuje prawidłowość danych osobowych, przetwarzanie danych jest niezgodne z prawem, a osoba, której dane dotyczą, sprzeciwia się usunięciu danych, żądając w zamian ich ograniczenia, Administrator nie potrzebuje już danych dla swoich celów.
10. W przypadku niezgodnego z prawem przetwarzania danych osobowych przysługuje prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w Warszawie.
11. W oparciu o Pani/Pana dane osobowe Administrator nie będzie podejmował zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

Potwierdzam zaznajomienie się z powyższą informacją

…………………………………………. ………………………………………….

data podpis