



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

Załącznik do
Zarządzenia nr MGOPS/021/4/2026
Kierownika Miejsko - Gminnego
Ośrodka Pomocy
Społecznej w Brzostku z dnia
09.02.2026r.

**REGULAMIN REKRUTACJI ORAZ UDZIAŁU W PROGRAMIE
” OPIEKA WYTCHNIENIOWA ” DLA JEDNOSTEK
SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO – EDYCJA 2026
W GMINIE BRZOSTEK**



§ 1. Definicje

1. **Program** – Program „ Opieka wytchnieniowa ” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego.
2. **Uczestnik** – członek rodziny/opiekun osoby z niepełnosprawnością, zakwalifikowany do Programu zgodnie z zasadami ujętymi w niniejszym Regulaminie.
3. **Opiekun/Opiekunka** – osoba świadcząca usługę opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością.
4. **Beneficjent** – Gmina Brzostek/Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Brzostku, ul. M.N. Mysłowskiego 11, 39-230 Brzostek
5. **Ośrodek** – Miejsko - Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Brzostku.
6. **Kandydat/Kandydatka** – osoba ubiegająca się o uczestnictwo w Programie na podstawie zasad ujętych w niniejszym Regulaminie.
7. **Regulamin** – Regulamin rekrutacji i udziału w programie “ Opieka wytchnieniowa ” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 w Gminie Brzostek.

§ 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 będzie przez Beneficjenta od 02.03.2026 r. do 31.12.2026 r.
4. Program jest finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „ Opieka wytchnieniowa ” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.
5. Program realizowany przez Beneficjenta jest skierowany do mieszkańców Gminy Brzostek.
6. Biuro Programu znajduje się w siedzibie Miejsko-Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Brzostku, ul. M.N. Mysłowskiego 11, 39-230 Brzostek.
7. Udział w Programie jest bezpłatny.

§ 3. Kryteria uczestnictwa

1. Uczestnikiem Programu może zostać osoba, która mieszka na terenie Gminy Brzostek, oraz:
 - a) jest wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny/opiekunem sprawującym bezpośrednią opiekę nad dzieckiem od ukończenia 2 roku życia do ukończenia 16 roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności, które wymaga stałego wsparcia w zakresie potrzeb życia codziennego, lub
 - b) jest wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny/opiekunem sprawującym bezpośrednią opiekę nad osobą posiadającą 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, która wymaga stałego wsparcia w zakresie potrzeb życia codziennego.

2. We wskazanym w § 4 ust. 3 terminie rekrutacji należy złożyć następujące dokumenty:

- a) Kartę zgłoszenia do Programu „ Opieka wychowawcza ” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, stanowiącą załącznik nr 1 do Regulaminu,
- b) kserokopię orzeczenia o niepełnosprawności (oryginał do wglądu),
- d) klauzulę informacyjną (RODO), stanowiącą załącznik nr 2 do Regulaminu;
- f) Oświadczenie Kandydata/Kandydatki do udziału w Programie stanowiące załącznik nr 3 do Regulaminu.

§ 4. Zasady rekrutacji

1. Beneficjent planuje w ramach realizowanego Programu objąć wsparciem w ramach pobytu dziennego w miejscu zamieszkania Uczestnika **co najmniej 4 osoby**, w tym:

- **2 członków rodzin/opiekunów** osób posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, albo orzeczenie równoważne,
- **2 członków rodziny/opiekunów** dzieci od ukończenia 2 roku życia do ukończenia 16 roku życia posiadających orzeczenie o niepełnosprawności.

2. Powyższe proporcje mogą ulec zmianie w trakcie procesu rekrutacji.

2a. Liczba osób objętych wsparciem może ulec zwiększeniu w przypadku powstania oszczędności w ramach posiadanych przez Beneficjenta środków na realizację Programu.

3. Kandydat/Kandydatka ubiegający/a się o wsparcie w ramach Programu zobowiązana/zobowiązany jest złożyć kompletnie uzupełnione dokumenty wymienione w § 3 ust. 2 w formie papierowej, opatrzone własnoręcznym podpisem w Miejsko – Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Brzostku, ul. M.N. Mysłowskiego 11, 39-230 Brzostek, biuro nr 1, w godzinach urzędowania Ośrodka tj. w poniedziałek w godzinach 8.00 do 16.00, od wtorku do piątku w godzinach od 7.00 do 15.00 **od 10 lutego 2026r. do 18 lutego 2026r.**

4. Dopuszcza się możliwość złożenia dokumentów rekrutacyjnych za pośrednictwem operatora pocztowego.

5. W przypadku dokumentów złożonych elektronicznie, opatrzonych kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub elektronicznym podpisem osobistym doręcza się je przy wykorzystaniu systemu teleinformatycznego na adres do e-doręczeń Miejsko – Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Brzostku : AE:PL-69434-47474-CAUAD-26.

6. Dane zawarte w Karcie zgłoszenia do Programu muszą być zgodne ze stanem faktycznym. W przypadku braku zaznaczenia którejkolwiek z rubryk, Beneficjent wezwie Kandydata/Kandydatkę do ich uzupełnienia, w terminie nie dłuższym niż 3 dni kalendarzowe.

7. Za termin złożenia dokumentów rekrutacyjnych uważa się dzień ich wpływu do siedziby Beneficjenta.

8. Złożenie Karty zgłoszenia do Programu wraz z innymi dokumentami wymaganymi



przez Beneficjenta nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem Kandydata/Kandydatki do Programu.

9. Rekrutację przeprowadzi Komisja Rekrutacyjna.

10. Komisja kwalifikuje do przyznania usługi opieki wytchnieniowej na podstawie Karty zgłoszenia do Programu oraz na podstawie dokonanej oceny indywidualnej sytuacji członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością.

11. Przy rozpatrywaniu dokumentów rekrutacyjnych Komisja uwzględni w pierwszej kolejności wnioski:

a) członków rodzin, lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, która stale przebywa w domu i nie korzysta np. z ośrodków wsparcia, placówki pobytu całodobowego, z warsztatu terapii zajęciowej, szkoły i placówki, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991r. o systemie oświaty, nie uczy się, lub nie studiuje,

b) nieaktywnych zawodowo członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, którzy mają ograniczone możliwości podejmowania aktywności zawodowej ze względu na konieczność opiekowania się osobą z niepełnosprawnością.

12. Ocena indywidualnej sytuacji członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnością zostanie dokonana na podstawie następujących kryteriów:

a) potrzeby osoby z niepełnosprawnością, nad którą członek rodziny/opiekun sprawuje opiekę, takich jak:

- wykonywanie czynności samoobsługowych (np. utrzymanie higieny osobistej),
- przemieszczanie się poza miejscem zamieszkania (np. spacer, udanie się do placówki zdrowia, sklepu, itp.),
- podejmowanie aktywności życiowej i komunikowanie się z otoczeniem
- inne potrzeby, wskazane przez Kandydata/Kandydatkę

b) poziom samodzielności osoby z niepełnosprawnością, nad którą członek rodziny/opiekun sprawuje opiekę, w tym ograniczeń osoby z niepełnosprawnością w zakresie komunikowania, lub poruszania się,

c) czy osoba z niepełnosprawnością, nad którą członek rodziny/opiekun sprawuje bezpośrednią opiekę stale przebywa w domu i nie korzysta np. z ośrodka wsparcia, z placówki pobytu całodobowego, z warsztatu terapii zajęciowej szkoły i placówki, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991r. o systemie oświaty, nie uczy się lub nie studiuje,

d) czy członek rodziny/opiekun osoby z niepełnosprawnością sprawujący bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością jest nieaktywny zawodowo i ma ograniczone możliwości podejmowania aktywności zawodowej ze względu na konieczność opiekowania się osobą z niepełnosprawnością.

13. O zakwalifikowaniu, bądź braku zakwalifikowania do Programu Kandydaci/Kandydatki zostaną powiadomieni przez Beneficjenta w formie pisemnej.

14. W wyniku procesu rekrutacji zostanie utworzona lista osób zakwalifikowanych do uczestnictwa w Programie.



15. Jeżeli wpłynie więcej zgłoszeń do uczestnictwa w Programie niż Beneficjent posiada miejsc utworzona zostanie lista rezerwowa osób, które spełniają kryteria udziału w Programie.

15a. W sytuacji zwiększenia limitu osób korzystających z opieki wytchnieniowej Beneficjent w pierwszej kolejności przyzna usługi opieki wytchnieniowej osobom wpisanym na listę rezerwową.

16. W przypadku braku wystarczającej liczby Kandydatów, Beneficjent zastrzega sobie prawo do przedłużenia terminu ogłoszonego naboru do Programu.

17. Informacje zawarte w Karcie zgłoszenia do Programu mogą być weryfikowane przez pracowników Beneficjenta w miejscu zamieszkania członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością.

18. Decyzja Komisji Rekrutacyjnej jest ostateczna i nie podlega procedurze odwoławczej.

19. Dokumenty rekrutacyjne nie podlegają zwrotowi i stanowią własność Beneficjenta.

§ 5. Zakres usług w ramach Programu.

1. Usługi opieki wytchnieniowej polegają na zastępowaniu członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością w bieżących czynnościach życia codziennego dotyczących zabezpieczenia potrzeb osoby z niepełnosprawnością, takich jak: w czynnościach samoobsługowych, w przemieszczaniu się poza miejsce zamieszkania, w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem.

2. Maksymalna długość nieprzerwanego świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego wynosi 12 godzin dla jednego uczestnika Programu.

3. Usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego mogą być świadczone w godzinach od 6.00 do 22.00.

4. Rodzaj usług i ich zakres godzinowy powinny być uzależnione od osobistej sytuacji Uczestnika Programu z uwzględnieniem stopnia i rodzaju niepełnosprawności osoby z niepełnosprawnością, nad którą Uczestnik Programu sprawuje opiekę.

5. Uczestnik Programu ma prawo wskazać w Karcie zgłoszenia do Programu osobę do świadczenia usługi opieki wytchnieniowej. Wskazując taką osobę Uczestnik Programu oświadcza, że osoba ta przygotowana jest do świadczenia usług opieki wytchnieniowej.

6. Usług opieki wytchnieniowej nie mogą świadczyć członkowie rodziny osoby z niepełnosprawnością, osoby faktycznie zamieszkujące z osobą z niepełnosprawnością ani opiekun sprawujący bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością.

7. Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny osoby z niepełnosprawnością uznaje się wstępnych oraz zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością.



§ 6. Prawa i obowiązki Uczestnika Programu

1. Uczestnik Programu zobowiązany jest do niezwłocznego informowania Ośrodka, nie później niż w ciągu 7 dni od dnia 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 2026r. z usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków Funduszu w ramach innych Programów Ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego dotyczących usług opieki wytchnieniowej).

2. Zmiana okoliczności mających wpływ na prawo i warunki korzystania z usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu będzie skutkować zmianą przysługującego Uczestnikowi Programu limitu godzin usług opieki wytchnieniowej.

3. Uczestnik Programu ma prawo do:

a) wskazania w karcie zgłoszenia do Programu osoby, która będzie świadczyć usługę opieki wytchnieniowej,

b) korzystania z usług opieki wytchnieniowej w wymiarze ustalonym przez Beneficjenta.

4. Uczestnik Programu oraz osoba z niepełnosprawnością, nad którą będzie sprawowana opieka przez Opiekuna w ramach Programu są zobowiązani do:

b) traktowania Opiekuna z należyтым szacunkiem, z zachowaniem form grzecznościowych i zasad kultury osobistej,

c) wymagania od Opiekuna wykonywania jedynie tych zadań, o których mowa w Programie,

d) wypełniania i podpisywania dokumentów niezbędnych w toku realizacji Programu,

e) niezwłocznego przekazania Beneficjentowi lub Opiekunowi informacji o planowanych, a także nieprzewidzianych nieobecnościach, powodujących brak możliwości realizacji usługi opieki wytchnieniowej,

f) respektowania zasad niniejszego Regulaminu oraz Programu.

5. Jako zachowania niedopuszczalne w stosunku do Opiekuna traktuje się:

a) stosowanie przemocy wobec Opiekuna (popychanie, szturchanie, rzucanie przedmiotami, itp.),

b) podnoszenie głosu na Opiekuna,

c) stosowanie obraźliwych i wulgarnych zwrotów,

d) zachowania przekraczające granice sfery intymnej,

6. Zachowania, o których mowa w ust. 5 mogą być powodem do zakończenia świadczenia usługi opieki wytchnieniowej.

§ 7. Realizacja usługi opieki wytchnieniowej.

1. W godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej, finansowanych ze środków Funduszu, wobec osoby z niepełnosprawnością objętej usługą opieki wytchnieniowej nie mogą być świadczone inne formy pomocy usługowej, w tym: usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, czy usługi finansowane ze środków Funduszu albo



finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, o ile obejmują analogiczne wsparcie, finansowane ze środków publicznych.

2. Beneficjent zastrzega sobie możliwość dokonywania kontroli i monitorowania realizacji usługi opieki wytchnieniowej bezpośrednio w miejscu jej świadczenia.

3. Opiekun ma prawo odmówić realizacji usługi:

a) w sytuacjach zagrażających życiu lub zdrowiu Opiekuna;

b) w przypadkach, w których okoliczności wskazują na możliwość wyrządzenia szkody osobom trzecim lub łamania przepisów prawa.

4. Niewywiązanie się przez Uczestnika z obowiązków określonych w niniejszym Regulaminie, może skutkować skreśleniem z uczestnictwa w Programie i odmowy udzielenia dalszego wsparcia.

§ 8. Warunki rezygnacji z uczestnictwa w Programie

1. Rezygnacja z uczestnictwa w Programie może nastąpić w trakcie jego trwania w każdej chwili.

2. Każdy Uczestnik rezygnujący z udziału w Programie zobowiązany jest do złożenia pisemnej rezygnacji z podaniem powodu rezygnacji.

§ 9. Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie zastosowanie mają zapisy Programu „ Opieka wytchnieniowa ” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego edycja 2026.

2. Wszelkie zmiany niniejszego Regulaminu wymagają zachowania formy pisemnej.

3. Niniejszy Regulamin wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Kierownik
Miejsko-Gminnego Ośrodka
Pomocy Społecznej w Brzostku
Katarzyna Jędrzejowska



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

**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 oponowa - rdzeniowa)



2. dysfunkcja narządu wzroku ;
3. zaburzenia psychiczne ;
4. dysfunkcje o podłożu neurologicznym ;
5. dysfunkcja narządu mowy i słuchu ;
6. pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne .

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

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

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

.....
.....

Informacje na temat poziomu samodzielności osoby z niepełnosprawnością, nad którą członek rodziny/ opiekun sprawuje opiekę, w tym ograniczeń osoby z niepełnosprawnością w zakresie komunikowania się lub poruszania się (wypełnia opiekun prawny/członek rodziny/opiekun osoby niepełnosprawnej, który ubiega się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej):

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

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

1. czy osoba z niepełnosprawnością, nad którą członek rodziny/opiekun sprawuje bezpośrednią opiekę stale przebywa w domu i nie korzysta np. z ośrodka wsparcia, z placówki pobytu całodobowego, z warsztatu terapii zajęciowej, szkoły i placówki, o których mowa w ustawie z dnia 7 września



1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2025 r. poz. 881), nie uczy się lub nie studiuje? **Tak** /**Nie** .

2. czy członek rodziny/opiekun osoby z niepełnosprawnością sprawujący bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością jest nieaktywny zawodowo i ma ograniczone możliwości podejmowania aktywności zawodowej ze względu na konieczność opiekowania się osobą z niepełnosprawnością? **Tak** /**Nie** .

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

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

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

dzienna, miejsce wraz z adresem

.....*

całodobowa, miejsce wraz z adresem

.....

w godzinach

.....

w dniach

.....

V. Wskazanie osoby, która będzie świadczyła usług opieki wytchnieniowej

Czy wskazuje Pan(i) osobę pełnoletnią, niebędącą członkiem rodziny osoby z niepełnosprawnością, opiekunem osoby z niepełnosprawnością lub osobą faktycznie zamieszkującą razem z osobą z niepełnosprawnością, która będzie świadczyła, za uprzednią pisemną zgodą gminy/powiatu, w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością, albo innym miejscu wskazanym przez Pana(ią) lub realizatora Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, usług opieki wytchnieniowej ?

Tak / **Nie**

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

.....
.....



VI. Oświadczenia:

1. Oświadczam, że osoba z niepełnosprawnością w związku z opieką nad którą, ubiegam się o przyznanie usługi opieki 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 2025 r. poz. 913) / jest dzieckiem od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności**.
2. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług opieki wytchnieniowej oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowania przez gminę/powiat, która/który realizuje Program „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026, 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 2026.
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 2026.
5. Oświadczam, że w godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej, finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego, wobec osoby z niepełnosprawnością objętej usługą opieki wytchnieniowej w związku z opieką nad którą, ubiegam się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej, nie będą świadczone inne formy pomocy usługowej, w tym:
 - 1) usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2025 r. poz. 1214),
 - 2) usługi finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,- o ile obejmują analogiczne wsparcie, o którym mowa w części V ust. 17 Programu, tj. zastępowanie członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością, w bieżących czynnościach życia codziennego dotyczących zabezpieczenia potrzeb osoby z niepełnosprawnością, takich jak: w czynnościach samoobsługowych (np. utrzymanie higieny osobistej), w przemieszczaniu się poza miejsce zamieszkania (np. spacer, udanie się do placówki zdrowia, sklepu, itp), w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem, finansowane ze środków publicznych.



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

Miejscowość, data

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

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług opieki wytchnieniowej.

.....
Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie

* Należy wpisać miejsce wymienione w treści Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026:

- 1) świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego:
 - a) ośrodek wsparcia,
 - b) dla osoby pełnoletniej, dom pomocy społecznej świadczący usługi wsparcia krótkoterminowego w formie dziennej,
 - c) dla osoby pełnoletniej, dom pomocy społecznej prowadzony przez podmioty niepubliczne, o których mowa w art. 57 ust. 1 pkt 2-4 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, w przypadku posiadania warunków infrastrukturalnych i organizacyjnych, oraz gdy świadczenie



- usług opieki wytchnieniowej nie wpłynie negatywnie na usługi świadczone przez dom pomocy społecznej mieszkańcom domu,
- d) w przypadku braku możliwości realizacji opieki wytchnieniowej w miejscach, o których mowa w lit. a-c, istnieje możliwość zrealizowania opieki wytchnieniowej w centrum opiekuńczo-mieszkalnym (COM), na zasadach określonych w poszczególnych edycjach Programu Centra Opiekuńczo-Mieszkalne,
 - e) za uprzednią pisemną zgodą gminy/powiatu, miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
 - f) za uprzednią pisemną zgodą gminy/powiatu, inne miejsce wskazane przez uczestnika Programu lub realizatora Programu, spełniające kryteria dostępności, o których mowa w ustawie z dnia z 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2024 r. poz. 1411, z późn. zm.);
- 2) świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu całodobowego:
- a) dla osoby pełnoletniej, mieszkanie treningowe lub wspomagane,
 - b) ośrodek wsparcia,
 - c) dla osoby pełnoletniej, rodzinny domu pomocy,
 - d) dla osoby pełnoletniej, dom pomocy społecznej świadczący usługi wsparcia krótkoterminowego w formie pobytu całodobowego,
 - e) dla osoby pełnoletniej, dom pomocy społecznej prowadzony przez podmioty niepubliczne, o których mowa w art. 57 ust. 1 pkt 2-4 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, w przypadku posiadania warunków infrastrukturalnych i organizacyjnych, oraz gdy świadczenie usług opieki wytchnieniowej nie wpłynie negatywnie na usługi świadczone przez dom pomocy społecznej mieszkańcom domu,
 - f) dla osoby pełnoletniej, placówka zapewniająca całodobową opiekę, o której mowa w ustawie z dnia z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,
 - g) w przypadku braku możliwości realizacji opieki wytchnieniowej w miejscach, o których mowa w lit. a-f, istnieje możliwość zrealizowania opieki wytchnieniowej w centrum opiekuńczo-mieszkalnym (COM), w przypadku posiadania wolnych miejsc,
 - h) za uprzednią pisemną zgodą gminy/powiatu, miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
 - i) za uprzednią pisemną zgodą gminy/powiatu, inne miejsce wskazane przez uczestnika Programu lub realizatora Programu, spełniające kryteria dostępności, o których mowa w ustawie z dnia z 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami.

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



*** odpowiednie skreślić.

Załącznik Nr 2 do Regulaminu

OBOWIĄZEK INFORMACYJNY

(dla osób zgłaszających się do uczestnictwa w Programie „ Opieka wytchnieniowa ” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026)

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz.U.UE.L. z 2016r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO” informuję, że:

- 1) Administratorem Państwa danych osobowych jest **Miejsko - Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Brzostku**, mieszczący się pod adresem 39-230 Brzostek, ul. M. Nałęczka Mysłowskiego 11, tel. 14 680 89 21, zwany dalej Administratorem.
- 2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu e-mail: iod@mgopsbrzostek.pl lub pisemnie na adres Administratora.
- 3) Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji programu „ Opieka wytchnieniowa ” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026” oraz realizacji obowiązków wynikających z umowy w sprawie realizacji zadania w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „ Opieka wytchnieniowa ” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026” – zwanego dalej „Programem”, tj. *gdyż jest to niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym* (art. 6 ust. 1 lit. e RODO) oraz *gdyż jest to niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze* (art. 6 ust. 1 lit. c RODO) w związku z art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 296 ze zm.), a także - w zakresie danych dotyczących zdrowia - *gdyż przetwarzanie jest niezbędne do ochrony żywotnych interesów osoby, której dane dotyczą, lub innej osoby fizycznej, a osoba, której dane dotyczą, jest fizycznie lub prawnie niezdolna do wyrażenia zgody* (art. 9 ust. 2 lit. c RODO) oraz *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* (art. 9 ust. 2 lit. g RODO).



- 4) Państwa dane osobowe przechowywane będą do czasu wygaśnięcia obowiązku przechowywania tych danych wynikających z realizacji Programu „ Opieka wytchnieniowa ” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026, a następnie do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów dotyczących archiwizacji dokumentacji lub ewentualnych roszczeń tj. przez okres 25 lat.
- 5) Państwa dane osobowe będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, lecz nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym o profilowaniu.
- 6) Państwa dane osobowe nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).
- 7) W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:
 - a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
 - b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
 - c) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
 - d) prawo do usunięcia danych w przypadkach określonych w przepisach RODO;
 - e) prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, o którym mowa w art. 21 RODO;
 - f) prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, w sytuacji, gdy uznają Państwo, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO);
- 8) Podanie przez Państwa danych osobowych jest obowiązkowe, a ich nieprzekazanie skutkować będzie brakiem realizacji celu, o którym mowa w punkcie 3. Nieprzekazanie danych udostępnianych dobrowolnie pozostaje bez wpływu na rozpoznanie sprawy.
- 9) Państwa dane osobowe będą przekazywane wyznaczonym osobom, z którymi zawarta została/zostanie zawarta umowa na świadczenie usługi opieki wytchnieniowej w ramach Programu, Wojewodzie Podkarpackiemu i Ministrowi Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej do celów sprawozdawczych, kontrolnych oraz nadzoru. Państwa dane mogą zostać również przekazane innym podmiotom realizującym świadczenie w imieniu Administratora na podstawie umów cywilnoprawnych, w tym podmiotom zewnętrznym na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, oraz m.in. usługodawcom wykonujących usługi serwisu systemów informatycznych lub doradztwa prawnego, a także podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.

Oświadczam, że zapoznałem(-am) się z powyższą klauzulą informacyjną.



.....
(data i podpis osoby składającej oświadczenie)

Załącznik Nr 3 do Regulaminu

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a

.....
zamieszkały/a.....

uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, przewidzianej w art. 233 § 1, § 1a i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks karny, oświadczam co następuje:

1. Oświadczam, iż (zaznaczyć właściwe):

- osoba z niepełnosprawnością, nad którą sprawuję opiekę **nie korzysta** z usług opiekuńczych (w tym sąsiedzkich), lub specjalistycznych usług opiekuńczych ,lub specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi,
- osoba z niepełnosprawnością, nad którą sprawuję opiekę **korzysta** z usług opiekuńczych (w tym sąsiedzkich), lub specjalistycznych usług opiekuńczych, lub specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi,
- osoba z niepełnosprawnością, nad którą sprawuję opiekę **nie jest** uczestnikiem środowiskowego domu samopomocy, warsztatów terapii zajęciowej, lub innego ośrodka wsparcia,
- osoba z niepełnosprawnością, nad którą sprawuję opiekę, **jest** uczestnikiem środowiskowego domu samopomocy, warsztatów terapii zajęciowej, lub innego ośrodka wsparcia,
- sprawuję samodzielnie** opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, tzn. nie korzystamy ze wsparcia innych osób w kwestii opieki (nie dotyczy świadczonych usług opiekuńczych (w tym sąsiedzkich), lub specjalistycznych usług opiekuńczych, lub specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi),
- nie sprawuję samodzielnie** opieki nad osobą z niepełnosprawnością, tzn. korzystamy ze wsparcia innych osób w kwestii opieki (nie dotyczy usług opiekuńczych (w tym sąsiedzkich), lub specjalistycznych usług opiekuńczych ,lub specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi),
- moja sytuacja zdrowotna **jest zła**



moja sytuacja zdrowotna **jest dobra**

2. Do świadczenia usługi opieki wytchnieniowej wskazuję:

Panią/Pana*

.....
tel.

3. Oświadczam, że wskazana w pkt. 2 osoba jest pełnoletnia i nie jest członkiem rodziny osoby z niepełnosprawnością, jej opiekunem ani osobą faktycznie z nią zamieszkującą.

Za członka rodziny osoby z niepełnosprawnością uznaje się wstępnych oraz zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością.

4. Oświadczam, że wskazany przeze mnie Opiekun jest przygotowany do realizacji usług opieki wytchnieniowej.

5. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z „Regulaminem rekrutacji i udziału w Programie ” Opieka wytchnieniowa “ dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 w Gminie Brzostek oraz Programem ” Opieka wytchnieniowa “ dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 oraz zobowiązuję się do ich przestrzegania.

*** właściwe podkreślić**

Miejscowość, dnia.....

.....

(Podpis kandydata/tki)

POUCZENIE: Art. 233 Kodeksu Karnego

§ 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.

§ 1a. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższemu, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.



§ 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.