



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

REGULAMIN REALIZACJI PROGRAMU „Opieka wytchnieniowa dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025”

POWIAT WEJHEROWSKI



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



Pomorski Urząd Wojewódzki
w Gdańsku



**Powiat
Wejherowski**



*Zadanie publiczne finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego otrzymanych od
Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej*



§1

Postanowienie ogólne

1. Program „Opieka wytechnieniowa dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025” jest finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.
2. Niniejszy regulamin określa zasady realizacji Programu „Opieka wytechnieniowa dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025” w Powiecie Wejherowskim.
3. Realizatorem Programu „Opieka wytechnieniowa dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025” jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wejherowie na podstawie uchwały Zarządu Powiatu Wejherowskiego Nr VI/108/2024 z dnia 21 listopada 2024 r. w sprawie upoważnienia Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wejherowie oraz III Zastępcy Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wejherowie do podejmowania czynności związanych z realizacją Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wytechnieniowa dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025”.
4. Program „Opieka wytechnieniowa dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025” będzie realizowany na terenie powiatu wejherowskiego.

§2

Podstawa prawna programu

1. Podstawą prawną Programu jest art. 7 ust. 5 oraz art. 13 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2024 r. poz. 1848 ze zm.),
2. Uchwała Nr VI/108/2024 Zarządu Powiatu Wejherowskiego z dnia 21 listopada 2024 r. w sprawie upoważnienia Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wejherowie oraz III Zastępcy Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wejherowie do podejmowania czynności związanych z realizacją Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wytechnieniowa dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025”.
3. Treść resortowego Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytechnieniowa dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025” finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego.

§3

Zakres pojęć

1. Ilekroć w niniejszym regulaminie lub w programie mowa jest o:
 - 1) *Programie* – należy przez to rozumieć Program „Opieka wytechnieniowa dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025”, który jest finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.
 - 2) *Wnioskodawcy* – należy przez to rozumieć osobę ubiegającą się o usługi opieki wytechnieniowej tj. członek rodziny bądź opiekun,
 - 3) *Uczestniku* – należy przez to rozumieć osobę na rzecz, której są realizowane usługi opieki wytechnieniowej,
 - 4) *Realizatorze* – należy przez to rozumieć jednostkę zlecającą usługi,
 - 5) *Członku rodziny* - należy przez to rozumieć wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością,
 - 6) *Opiekunie osoby z niepełnosprawnością* - należy przez to rozumieć opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad osobą posiadającą orzeczenie o znacznym stopniu

Zadanie publiczne finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego otrzymanych od Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej



niepełnosprawności albo orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności oraz opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad dzieckiem do ukończenia 16. roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności (w tym opiekuna sprawującego opiekę w ramach rodziny zastępczej i rodzinnego domu dziecka),

- 7) *Podmiocie świadczącym usługi opieki wytchnieniowej* – należy przez to rozumieć osobę świadczącą usługi opieki wytchnieniowej, z którą Realizator zawarł umowę o świadczenie usług w ramach Programu.

§4

Cele i adresaci programu

1. Głównym celem Programu jest wsparcie członków rodzin lub opiekunów osób niepełnosprawnych sprawujących bezpośrednią opiekę nad tymi osobami, poprzez możliwość uzyskania doraźnej, czasowej pomocy w formie usługi opieki wytchnieniowej. Dzięki temu wsparciu osoby zaangażowane na co dzień w sprawowanie opieki dysponować będą czasem, który będą mogły przeznaczyć na odpoczynek i regenerację, jak również załatwienie niezbędnych spraw.
2. Program skierowany jest do członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad:
 - 1) dziećmi od ukończenia 2 roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności,
 - 2) osobami posiadającymi orzeczenie:
 - a) o znacznym stopniu niepełnosprawności albo
 - b) traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności (zgodnie z art. 5 i art. 62 ww. ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnienia osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2024 r. poz. 44 ze zm.)).
3. Usługi opieki wytchnieniowej przysługują w przypadku zamieszkiwania członka rodziny lub opiekuna we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą niepełnosprawną i sprawującą bezpośrednią opiekę nad osobą niepełnosprawną, która wymaga stałej opieki w zakresie potrzeb życia codziennego.
4. W Powiecie Wejherowskim w roku 2025 zakłada się objęcie wsparciem opieki wytchnieniowej **11 członków** rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobą niepełnosprawną, z czego:
 - a) **3** członków rodzin/opiekunów dzieci od 2 roku życia do 16 roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności,
 - b) **8** członków rodzin/opiekunów osób o znacznym stopniu niepełnosprawności.
5. Realizator Programu może przyznać pomoc w ramach Programu większej liczbie osób określonych w **§4 ust. 4 lit. a, b** w ramach dostępnego limitu godzin.

§5

Zakres przedmiotowy i podmiotowy

1. Program będzie realizowany w zakresie świadczenia usług opieki wytchnieniowej w formie pobytu dziennego za uprzednią zgodą Realizatora w.:
 - 1) miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej,
 - 2) innym miejscu wskazanym przez Uczestnika,pod warunkiem, że miejsca te spełniają kryteria dostępności, o których mowa w ustawie z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami.
2. Podmiot świadczący usługi opieki wytchnieniowej w ramach Programu zobowiązuje się do zapewnienia osobie niepełnosprawnej pomocy w:

Zadanie publiczne finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego otrzymanych od Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej



- 1) czynnościach samoobsługowych,
 - 2) czynnościach pielęgnacyjnych,
 - 3) prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełniania ról społecznych,
 - 4) przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania,
 - 5) podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem.
3. Rodzaj i zakres godzinowy usług opieki wytchnieniowej będzie uzależniony od osobistej sytuacji osoby niepełnosprawnej z uwzględnieniem stanu zdrowia i sytuacji życiowej Uczestników Programu oraz osób z niepełnosprawnościami.
 4. Dla świadczenia usług opieki wytchnieniowej, ustala się limit 240 godzin dla członka rodziny lub opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad dzieckiem/osobą niepełnosprawną.
 5. Maksymalna długość świadczenia formy nieprzerwanego pobytu dziennego wynosi 12 godzin dla jednej osoby niepełnosprawnej.
 6. Usługi opieki wytchnieniowej mogą być realizowane w godzinach od 6:00 do 22:00 przez 7 dni w tygodniu z zastrzeżeniem.
 7. W ramach przyznanej usługi opieki wytchnieniowej, wykonawca będzie prowadził miesięczną kartę realizacji usług (*załącznik nr 8 do Programu*).
 8. W godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków Funduszu, nie mogą być świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, inne usługi finansowane ze środków Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie do usług opieki wytchnieniowej finansowane ze środków publicznych.

§6

Terminy realizacji

1. Nabór wniosków na usługi opieki wytchnieniowej rozpoczyna się od dnia **24 marca 2025 roku i trwa do 31 marca 2025 roku**.
2. Wnioski złożone po terminie naboru określonym w § 6 ust. 1 pozostają bez rozpatrzenia.
3. Usługi w ramach programu będą świadczone od podpisania umowy z Podmiotem świadczącym usługi do dnia 30 listopada 2025 roku z możliwością przedłużenia do 20 grudnia 2025 roku w uzasadnionych przypadkach.

§7

Nabór Uczestników

1. Wnioskodawca, ubiegający się o usługi w Programie zobowiązany jest do złożenia do Realizatora:
 - 1) Karty zgłoszeniowej (*załącznik nr 7 do Programu*),
 - 2) Oświadczenie uzupełniające do kart zgłoszeniowej (*załącznik nr 1 do regulaminu*)
 - 3) Kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności,
 - 4) Klauzuli informacyjnej w ramach programu „Opieka wytchnieniowa – dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025” (*załącznik nr 2 do regulaminu*).
2. Druk Karty zgłoszenia wraz z załącznikami dostępna jest na stronie internetowej www.pcprwejherowo.pl, a także w wersji papierowej w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Wejherowie w pokoju 25.
3. Wypełnioną i podpisaną kartę wraz z załącznikami należy złożyć:
 - 1) w siedzibie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wejherowie, ul. Sobieskiego 279a 84-200 Wejherowo (pokój 25),

Zadanie publiczne finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego otrzymanych od Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej



- 2) pocztą na adres: Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wejherowie, ul. Sobieskiego 279a 84-200 Wejherowo (decyduje data faktycznego wpływu do PCPR),
- 3) poprzez Elektroniczną Skrzynkę Podawczą E-PUAP (adres skrzynki: Pcpw Wejherowo/SkrytkaESP), e-doręczenia.
4. Złożenie wniosku wraz załącznikami nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Programie.
5. Karta zgłoszeniowa wraz z załącznikami podlega weryfikacji formalnej przez pracownika merytorycznego (*załącznik nr 3 do regulaminu*) oraz merytorycznej dokonanej przez komisję powołaną zarządzeniem Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wejherowie (*załącznik nr 4 do regulaminu*).
6. W przypadku wystąpienia uchybień we wniosku, pracownik merytoryczny w terminie 10 dni od daty wpływu wniosku informuje wnioskodawcę o uchybieniach i wzywa do ich usunięcia w terminie 14 dni od daty otrzymania wezwania do ich usunięcia.
7. W przypadku gdy pracownik merytoryczny poweźmie wątpliwość co do danych we wniosku, które mają wpływ na przyznanie usługi, wzywa wnioskodawcę do złożenia wyjaśnień w sprawie lub złożenia dokumentów w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia otrzymania wezwania przez wnioskodawcę.
8. Nieusunięcie uchybień w wyznaczonym terminie powoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.
9. Decyzje o przyznaniu usługi, umieszczenia na liście rezerwowej lub odmowie objęcia wsparciem podejmuje Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wejherowie na podstawie zasad określonych w Programie i niniejszym Regulaminie, po dokonaniu oceny formalnej i merytorycznej przez powołaną komisję zgodnie z zarządzeniem Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wejherowie.
10. Realizator przyznając usługi opieki wytchnieniowej, w pierwszej kolejności uwzględnia potrzeby osób, które sprawują bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, która stale przebywa w domu i nie korzysta np. z dziennych ośrodków wsparcia, z placówek pobytu całodobowego oraz uczących się lub studiujących.
11. Do Programu w pierwszej kolejności zostaną zakwalifikowane osoby, które w ocenie merytorycznej otrzymają najwyższą liczbę punktów. Lista rankingowa zostanie utworzona odrębnie dla osób do 16-tego roku życia oraz powyżej 16-tego roku życia. W przypadku wnioskodawców, który otrzymuje taką samą liczbę punktów o zakwalifikowaniu do Programu decydować będzie kolejność zgłoszeń.
12. W wyniku pracy komisji Realizator zastrzega sobie, utworzyć listę rezerwową wnioskodawców, którzy spełniają kryterium uczestnictwa oraz wymogi formalne, lecz nie zostali zakwalifikowani do udziału w Programie z uwagi na ograniczoną liczbę miejsc
13. Osoby z listy rezerwowej 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.
14. O zakwalifikowaniu do programu lub umieszczeniu na listę rezerwową bądź odmowie zakwalifikowania do programu Realizator poinformuje wnioskodawców listownie.



15. Osoby z listy rezerwowej mogą zostać zakwalifikowane do udziału w Programie wyłącznie w ramach limitu godzin i środków finansowych jakimi dysponuje Realizator Programu.
16. Za datę rozpoczęcia udziału w Programie uznaje się dzień, w którym Uczestnik został objęty pierwszą formą wsparcia.
17. Za datę zakończenia udziału w Programie uznaje się dzień udzielenia ostatniej formy wsparcia.

§8

Kryteria naboru podmiotu świadczącego usługi

1. Usługi opieki wytechnieniowej mogą być świadczone przez osoby niebędące członkami rodziny osoby z niepełnosprawnością, opiekunami osoby z niepełnosprawnością lub osobami faktycznie zamieszkującymi razem z osobą z niepełnosprawnością, które:
 - 1) posiadają dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie: asystent osoby niepełnosprawnej, pielęgniarka, siostra PCK, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, fizjoterapeuta lub, za zgodą realizatora Programu, w innych zawodach i specjalnościach o charakterze medycznym lub opiekuńczym, lub
 - 2) posiadają co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami np. doświadczenie zawodowe, doświadczenie w udzielaniu wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu lub
 - 3) zostaną wskazane przez Uczestnika Programu w karcie zgłoszenia do Programu „Opieka wytechnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.
2. Posiadane doświadczenie, o którym mowa w §8 ust. 1. pkt 2, powinno zostać udokumentowane pisemnym oświadczeniem podmiotu, który zlecał udzielenie bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym.
3. Realizator może zatrudniać pracowników realizujących usługi opieki wytechnieniowej wskazanych przez Uczestnika Programu.
4. Realizator kupuje usługi opieki wytechnieniowej od podmiotów sektora prywatnego, z zastrzeżeniem klauzul społecznych.
5. W przypadku, gdy usługi opieki wytechnieniowej będą świadczone na rzecz dzieci od ukończenia 2 roku życia, wymagane jest także przedłożenie przez podmiot mający świadczyć usługi:
 - 1) zaświadczenie o niekaralności;
 - 2) informacja o niefigurowaniu w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym w postaci wydruku pobranej informacji z rejestru <https://rps.ms.gov.pl/pl-PL/Public#/>;
 - 3) pisemna akceptacja podmiotu, który ma świadczyć usługi opieki wytechnieniowej ze strony rodzica lub opiekuna prawnego dziecka z niepełnosprawnością.
6. Niespełnienie warunku o którym mowa w §8 ust. 5 skutkuje odmową zawarcia umowy z podmiotem o świadczenie usług opieki wytechnieniowej.

§9

Obowiązki podmiotu świadczącego usługi

1. Podmiot świadczący opiekę wytechnieniową zobowiązuje się do :
 - 1) wykonywania powierzonej opieki z dołożeniem należytej staranności,
 - 2) realizowania usług opieki wytechnieniowej zgodnie z Programem oraz regulaminem,



- 3) stosowania się do umowy zawartej pomiędzy Realizatorem a Podmiotem,
- 4) umożliwienie poddania się kontroli przez Realizatora,
- 5) dostarczenie karty realizacji do 5-ego dnia każdego miesiąca kalendarzowego za poprzedni miesiąc realizacji usług (załącznik nr 7 do Programu).

§10

Prawa i obowiązki Uczestników

1. Uczestnik ma prawo do:
 - 1) udziału w zaplanowanych formach wsparcia,
 - 2) decydowania o rodzaju pomocy, z której chce skorzystać oraz sposobie jej udzielenia,
 - 3) zgłaszania uwag i oceny formy wsparcia, którymi został objęty w realizowanym Programie do Realizatora.
2. Uczestnik programu zobowiązuje się do:
 - 1) udostępnienia danych osobowych swoich oraz osoby, nad którą sprawuje opiekę, w tym szczególnych kategorii danych niezbędnych do realizacji Programu. Odmowa podania danych osobowych będzie skutkować odmową udziału w Programie,
 - 2) uczestnictwa w zaplanowanych wobec niego formach wsparcia i udziału w nich,
 - 3) poinformowania osoby realizującej opiekę o nieobecności w terminie umówionego spotkania z 1 dniowym wyprzedzeniem,
 - 4) niezwłocznego informowania osoby realizującej opiekę o wszelkich zmianach okoliczności faktycznych mogących mieć wpływ na realizację Programu,
 - 5) umożliwienia Realizatorowi kontroli Programu w miejscu świadczenia usługi,
 - 6) potwierdzania zgodności ze stanem faktycznym danych zawartych w Karcie realizacji Programu Opieki Wytchnieniowej,
 - 7) informowanie o wszelkich zmianach mających wpływ na prawo i warunki korzystania z usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu nie później niż w ciągu 7 dni od dnia nastąpienia zmiany.

§11

Kontrola

1. Realizator programu w każdym czasie realizacji opieki ma prawo przeprowadzić kontrole prawidłowości wykonywania usług, zgodnie z celami i zasadami programu oraz rzetelnością i zgodności ze stanem faktycznym danych zawartych w dokumentach, stanowiących podstawę rozliczenia dofinansowania, a także wykonywania przez podmiot zobowiązań określonych w umowie. Uczestnik ma obowiązek udzielania wyjaśnień i pisemnych informacji w tym zakresie.
2. Po zakończeniu kontroli, o której mowa w ust.1, sporządza się protokół, który zostaje przekazany Uczestnikowi do podpisania. Uczestnik przed podpisaniem protokołu kontroli może co do treści protokołu kontroli zgłosić zastrzeżenia na piśmie wraz z uzasadnieniem w terminie 7 dni od dnia otrzymania protokołu do podpisu. Realizator programu może uwzględnić zastrzeżenia, dokonując odpowiednich zmian w treści protokołu. Do zastrzeżeń, które nie zostały uwzględnione Realizator programu ustosunkowuje się i dołącza je do protokołu kontroli.

§12

Postanowienie końcowe

1. Niniejszy regulamin wchodzi w życie z dniem podpisania i obowiązuje przez czas trwania Programu.

*Zadanie publiczne finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego otrzymanych od
Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej*



2. Realizator zastrzega prawo do zmiany Regulaminu. Wszelkie zmiany Regulaminu wymagają formy pisemnej i wchodzi w życie z dniem ich ogłoszenia.
3. W kwestiach nieujętych w niniejszym Regulaminie ostateczną decyzję podejmuje Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wejherowie.
4. Realizator zastrzega prawo zaprzestania realizacji Programu w razie rozwiązania umowy o dofinansowanie z Wojewodą.
5. W sprawach nieuregulowanych niniejszym regulaminem stosuje się przepisy Kodeksu Cywilnego.

DYREKTOR
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Wejherowie
[Signature]
Małgorzata Bernacka



Załącznik nr 1 do Regulaminu Realizacji Programu
„Opieka wytnieniowa” dla Jednostek Samorządu
Terytorialnego– edycja 2025

.....
Miejscowość, data

.....
.....
.....
Dane wnioskodawcy

**OŚWIADCZENIE UZUPEŁNIAJĄCE
DO KARTY ZGŁOSZENIA DO PROGRAMU „OPIEKA WYTCHNIENIOWA” – dla
Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**

1. Oświadczam, że osoba niepełnosprawna, której dotyczy wniosek stale przebywa w domu
☐ **tak** ☐ **nie**.
2. Oświadczam, że osoba niepełnosprawna, której dotyczy wniosek korzysta z:
 - ośrodka wsparcia, ☐ **nie** ☐ **tak**, jaki
 - placówki pobytu całodobowego, ☐ **nie** ☐ **tak**, jaki
 - środowiskowego domu samopomocy, ☐ **nie** ☐ **tak**, jaki
 - dzienny dom pomocy, ☐ **nie** ☐ **tak**, jaki
 - warsztatu terapii zajęciowej, ☐ **nie** ☐ **tak**, jaki
3. Oświadczam, że osoba niepełnosprawna, której dotyczy wniosek jest:
 - zatrudniona ☐ **nie** ☐ **tak**, gdzie?
 - Ucząca się ☐ **nie** ☐ **tak**, gdzie?
 - studiująca ☐ **nie** ☐ **tak**, gdzie?
4. Informacje na temat stanu zdrowia i sytuacji życiowej osoby ubiegającej się o świadczenie usług „Opieki wytnieniowej dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2025” oraz osoby z niepełnosprawnością.
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
5. Oświadczam, że:

☐ ubiegam się o przyznanie usług opieki wytnieniowej w ramach Programu „Opieka wytnieniowa dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

*Zadanie publiczne finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego otrzymanych od
Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej*

h



finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego u innego podmiotu tj. (należy wpisać pełną nazwę podmiotu).....

☐ nie ubiegam się o przyznanie usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „**Opieka wytchnieniowa dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**” finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego u innego podmiotu

WAŻNE: W momencie zakwalifikowania się do programu u innego podmiotu zobowiązuje się do powiadomienia PCPR w Wejherowie w formie pisemnej o przyznanej ilości godzin.

Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego
uczestnika Programu

W



*Załącznik nr 2 do Regulaminu Realizacji Programu
„Opieka wytechnieniowa” dla Jednostek Samorządu
Terytorialnego – edycja 2025*

**Klauzula informacyjna w ramach programu „Opieka wytechnieniowa” dla Jednostek
Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**

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:

Administratorem danych osobowych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wejherowie, ul. Sobieskiego 279a, 84-200 Wejherowo, nr tel. 58-672-17-60, kancelaria@pcprwejherowo.pl**.

We wszystkich sprawach dotyczących ochrony danych osobowych, mają Państwo prawo kontaktować się z naszym Inspektorem Ochrony Danych na adres e-mail: rodo@pcprwejherowo.pl

Celem przetwarzania danych osobowych jest realizacja programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wytechnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, w tym rozliczenie otrzymanych środków z Funduszu Solidarnościowego.

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 wytechnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, przyjętego na podstawie ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2024 r. poz. 1848).

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 wnioski.

Źródłem pochodzenia danych osobowych mogą być wnioskodawcy, tj. osoby niepełnosprawne, rodzice i opiekunowie osób niepełnosprawnych oraz osoby zatrudnione/świadczące/realizujące usługi opiekuna wytechnieniowego.

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 **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wejherowie** w szczególności dane osób świadczących/realizujących usługi asystenta na rzecz uczestników Programu lub opiekunów prawnych mogą być udostępniane Ministrowi Rodziny i Polityki Społecznej lub **Wojewodzie Pomorskiemu** m.in. do celów sprawozdawczych czy kontrolnych.¹⁾

¹⁾ W przypadku udostępniania Ministrowi Rodziny i Polityki Społecznej danych osób fizycznych gmina/powiat (należy wskazać nazwę gminy/powiatu) zrealizuje w imieniu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej obowiązek
Zadanie publiczne finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego otrzymanych od Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej



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).

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 wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 lub realizacji programu jest dobrowolne, jednak niezbędne do wzięcia udziału w programie.

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 14 do Programu.

*Zadanie publiczne finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego otrzymanych od
Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej*



*Załącznik nr 3 do Regulaminu Realizacji Programu
„Opieka wytnieniowa” dla Jednostek Samorządu
Terytorialnego – edycja 2025*

Ocena formalna <i>Wniosku o przyznanie opieki wytnieniowej</i>	Nazwisko i imię wnioskodawcy:
	Nr sprawy:

Lp.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku		Data uzupełnienia
		TAK	NIE	
1.	Wniosek został złożony we właściwej instytucji			
2.	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały złożone wg właściwych wzorów, wypełniono wszystkie wymagane pola we wniosku			
3.	Kopia ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności/ niepełnosprawności			
4.	Oświadczenie uzupełniające do karty zgłoszenia do programu			
5.	Klauzula informacyjna w ramach Programu „Opieka wytnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025			
6.	Postanowienie sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego /pełnomocnictwo			
7.	Wniosek został złożony w terminie naboru			

W dniu sporządzenia oceny formalnej tj. wniosek kompletny/nie kompletny*.

W dniuwysłano pismo o konieczności uzupełnienia braków formalnych.

W dniu wniosek uzyskał ocenę formalną: **pozytywną** ☐ **negatywną** ☐

* *niepotrzebne skreślić*

Podpis i pieczęć pracownika

*Zadanie publiczne finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego otrzymanych od
Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej*

W



Załącznik nr 4 do Regulaminu Realizacji Programu
„Opieka wychowawcza dla Jednostek Samorządu
Terytorialnego – edycja 2025”

Karta oceny merytorycznej

„Opieka wychowawcza” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025

Nr sprawy:

OCENA MERYTORYCZNA WNIOSKU	
1. Osoba niepełnosprawna, której dotyczy wniosek stale przebywa w domu i nie korzysta np. z ośrodka wsparcia, placówki pobytu całodobowego, ze środowiskowego domu samopomocy, z dziennego domu pomocy, z warsztatów terapii zajęciowej lub niezatrudnionych i nie jest osobą uczącą się lub studiującą.	
a. Tak (10 pkt.)	
b. Nie (0 pkt.)	
2. Osoba niepełnosprawna posiada niepełnosprawność sprzężoną: 1 pkt	
3. Wymagane wsparcie w czynnościach:	
Czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymanie higieny osobistej/ 1 pkt.	
Prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianie ról w rodzinie/ 1 pkt.	
Przemieszczaniu się poza miejsca zamieszkania/ 1pkt	
Podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowania się z otoczeniem/ 1 pkt.	
4. Dodatkowe informacje dotyczące stanu zdrowia i sytuacji życiowej uczestnika Programu oraz osoby z niepełnosprawnością (1- 5 pkt.)	
Razem	

Data:

1.....

2.....

3.....

Zatwierdził:.....

W

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

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

Imię i nazwisko:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Telefon:

.....

E-mail:

.....

Data urodzenia:

.....

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

Imię i nazwisko:

.....

Data urodzenia:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Rodzaj niepełnosprawności:

1. dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowa – rdzeniowa) ☐;
2. dysfunkcja narządu wzroku ☐;
3. zaburzenia psychiczne ☐;
4. dysfunkcje o podłożu neurologicznym ☐;
5. dysfunkcja narządu mowy i słuchu ☐;
6. pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne ☐.

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 wytchnieniowej.

Miejscowość, data

.....

Podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług opieki wytchnieniowej.

.....
Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie

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

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

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

*** odpowiednie skreślić.

**Karta realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek
Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**

I. Dane osoby, której przyznane zostały usługi opieki wytchnieniowej (członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością):

Imię i nazwisko:

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:

Lp.	Data realizacji opieki wytchnieniowej	Miejsce realizacji opieki wytchnieniowej	Godziny/dni realizacji opieki wytchnieniowej	Liczba godzin/dób 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.						

2

Lp.	Data realizacji opieki wytchnieniowej	Miejsce realizacji opieki wytchnieniowej	Godziny/dni realizacji opieki wytchnieniowej	Liczba godzin/dób 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
9.						
10.						

1. Opieka wytchnieniowa przyznana w formie: dziennej, całodobowej*.
2. Opieka wytchnieniowa przyznana w wymiarze:
3. Miejsce (wraz z adresem) realizacji usług opieki wytchnieniowej:
.....

(Uwaga: Kartę realizacji usług należy uzupełniać na bieżąco)

4. Łączna liczba godzin/dób świadczonej usługi opieki wytchnieniowej w formie:
 - 1) dziennej wynosi godzin;
 - 2) całodobowej wynosidób.
5. Potwierdzam zgodność karty realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025:

.....

Data i podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością

6. Potwierdzam zgodność karty realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025:

.....

Data i podpis osoby reprezentującej realizatora Programu

*Należy podkreślić realizowaną formę usług.

h