

Zarządzenie nr 23 /2024

Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie
we Włocławku

z dnia 26 kwietnia 2024 roku

w sprawie:

wprowadzenia regulaminu naboru i uczestnictwa w resortowym Programie Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.

Na podstawie § 7 ust. 4 Statutu Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie we Włocławku (zatwierdzonego uchwałą Nr X/69/2015 Rady Miasta Włocławek z dnia 31 sierpnia 2015 r. oraz zmienionego uchwałami Rady Miasta Włocławek Nr XVII/30/2016 z dnia 21 marca 2016 r. i Nr XXVII/157/2016 z dnia 28 grudnia 2016 r.), w celu realizacji umowy nr 4/2024/OW zawartej w dniu 21 marca 2024 r. pomiędzy Gminą Miasto Włocławek a Wojewodą Kujawsko – Pomorskim w sprawie wysokości i trybu przekazywania w 2024 r. środków Funduszu Solidarnościowego na realizację zadania w ramach resortowego Programu Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 oraz na podstawie Programu Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.

zarządza się, co następuje:

§ 1. Wprowadza się regulamin naboru i uczestnictwa w resortowym Programie Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, stanowiący załącznik do Zarządzenia.

§ 2. Zarządzenie podlega publikacji w Biuletynie Informacji Publicznej Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie we Włocławku oraz będzie udostępnione w siedzibie Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie – Sekcja Profilaktyki i Wsparcia Społecznego Osób z Niepełnosprawnościami, ul. Ogniowa 8/10, 87 - 800 Włocławek.

§ 3. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania i obowiązuje do czasu zakończenia pełnej realizacji Programu.


§ 4. Nadzór nad wykonaniem Zarządzenia powierza się Kierownikowi Sekcji Profilaktyki i Wsparcia Społecznego Osób z Niepełnosprawnościami.


p.o. DYREKTORA
Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie
we Włocławku

Agnieszka Klonieczna

RADCA PRAWNY

Ewa Słodnicka
Tr. 749

KIEROWNIK
Profilaktyki i Wsparcia Społecznego
Osób z Niepełnosprawnościami

Monika Orzechowska

ZASTĘPCA DYREKTORA
ds. Wsparcia Społecznego
Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie
we Włocławku

Anna Wyborcka



Załącznik nr 1
do Zarządzenia Nr 23/2024
Dyrektora Miejskiego Ośrodka
Pomocy Rodzinie we Włocławku
z dnia 26 kwietnia 2024 roku

REGULAMIN

NABORU I UCZESTNICTWA W RESORTOWYM PROGRAMIE MINISTERSTWA RODZINY I POLITYKI SPOŁECZNEJ „OPIEKA WYTCHNIENIOWA” DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO - EDYCJA 2024

I. Postanowienia ogólne

1. Regulamin określa warunki naboru i uczestnictwa w Programie Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego — edycja 2024, finansowanym ze środków Państwowego Funduszu Celowego - Fundusz Solidarnościowy.
2. Regulamin naboru i uczestnictwa w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego — edycja 2024 podano do publicznej wiadomości na stronie www.mopr.wloclawek.pl oraz udostępniono w siedzibie Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie we Włocławku.
3. Program realizowany jest na podstawie umowy nr 4/2024/OW zawartej w dniu 21 marca 2024 r. pomiędzy Wojewodą Kujawsko – Pomorskim a Gminą Miasto Włocławek. Jednostką organizacyjną prowadzącą i nadzorującą realizację umowy jest Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie we Włocławku.
4. Usługi opieki wytchnieniowej dla mieszkańców Miasta Włocławek, na zlecenie Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie we Włocławku będą świadczone przez organizacje pozarządowe o których mowa w art. 3 ust. 2 Ustawy z dnia 24 kwietnia 2023 r. o działalności pożytku publicznego i wolontariacie oraz podmioty, o których mowa w art. 3 ust. 3 tej ustawy – po przeprowadzeniu procedury otwartego konkursu ofert, w przypadku usług opieki wytchnieniowej w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością oraz przez placówkę zapewniającą całodobową opiekę, o której mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, w przypadku świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu całodobowego (Dz. U. z 2023 r. poz. 901, 1693, 1938, 2760).

II. Cele Programu

Głównym celem Programu jest wsparcie członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad:

- 1) dziećmi do ukończenia 16. roku życia posiadającymi orzeczenie o niepełnosprawności;
- 2) osobami z niepełnosprawnościami posiadającymi:
 - a) orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności





- b) orzeczenie 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 zatrudnianiu osób niepełnosprawnych - Dz. U. z 2024 r. poz. 44).

III. Formy pomocy i jej zakres

1. Pomoc będzie realizowana w dwóch formach:
 - 1) świadczenie usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością;
 - 2) świadczenie usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu całodobowego w placówce zapewniającej całodobową opiekę, o której mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.
2. Ustala się limit 240 godzin przypadających na jedną osobę z niepełnosprawnością dla usług opieki wytchnieniowej świadczonej w ramach pobytu dziennego.
3. Ustala się limit 14 dób przypadających na jedną osobę z niepełnosprawnością dla usług opieki wytchnieniowej świadczonej w ramach pobytu całodobowego.
4. Członek rodziny lub opiekun sprawujący bezpośrednią opiekę nad dzieckiem/osobą z niepełnosprawnością, któremu przyznano pomoc w postaci usługi opieki wytchnieniowej nie ponosi odpłatności za usługę przyznaną w ramach Programu.
5. W godzinach realizacji usługi opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego, 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 Solidarnościowego albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie do usług opieki wytchnieniowej finansowane ze środków publicznych.
6. Pierwszeństwo w korzystaniu z usługi opieki wytchnieniowej mają członkowie rodzin lub opiekunowie sprawujący bezpośrednią opiekę nad dzieckiem z orzeczeniem o niepełnosprawności lub osobą ze znacznym stopniem niepełnosprawności lub z orzeczeniem traktowanym na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, która:
 - 1) ma niepełnosprawność sprzężoną/złożoną (przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się posiadanie orzeczenia ze wskazaniem co najmniej dwóch przyczyn niepełnosprawności);
 - 2) wymaga wysokiego poziomu wsparcia (osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności oraz dzieci niepełnosprawne z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji);





- 3) stale przebywa w domu i nie korzysta z ośrodka wsparcia lub placówek pobytu całodobowego, ze środowiskowego domu samopomocy, z dziennego domu pomocy, z warsztatu terapii zajęciowej lub niezatrudnionych, uczących się lub studiujących.
7. Przyznając usługi opieki wytchnieniowej pod uwagę będzie brany stan zdrowia i sytuacja życiowa uczestnika Programu oraz osoby z niepełnosprawnością, nad którą sprawowana jest opieka.
8. Usługi opieki wytchnieniowej przysługują w przypadku zamieszkiwania członka rodziny lub opiekuna osoby z niepełnosprawnością, we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą z niepełnosprawnością, która wymaga stałej opieki w zakresie potrzeb życia codziennego.
9. Usługi opieki wytchnieniowej będą przyznawane na podstawie adresu zamieszkania osoby niepełnosprawnej.
10. Usługi opieki wytchnieniowej są realizowane wyłącznie na rzecz osoby z niepełnosprawnością i uwzględniając jej wolę lub wolę jej opiekuna prawnego, a nie dla poszczególnych członków rodziny osoby z niepełnosprawnością.
11. Maksymalna długość świadczenia usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego wynosi 12 godzin dla jednej osoby z niepełnosprawnością, z zastrzeżeniem limitu, o którym mowa w ust. 2. Usługi w formie pobytu dziennego mogą być świadczone 7 dni w tygodniu, w godzinach od 06:00 do 22:00.
12. Usługi opieki wytchnieniowej mogą świadczyć osoby:
 - 1) posiadające dyplom potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie asystent osoby niepełnosprawnej, pielęgniarka, siostra PCK, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, fizjoterapeuta, lub
 - 2) posiadające co najmniej 6-miesięczne udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy/opieki osobom z niepełnosprawnościami, w tym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu, lub
 - 3) wskazane przez uczestnika Programu w Karcie zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego edycja 2024.
13. Nie jest dopuszczalne, aby usługę opieki wytchnieniowej świadczył członek rodziny, tj. wstępny, zstępny, małżonek, rodzeństwo, teściowie, zięć, synowa, macocha, ojczym oraz osoba pozostająca we wspólnym pożyciu, osoba pozostająca w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością, opiekun prawny lub osoba faktycznie zamieszkująca razem z uczestnikiem Programu.
14. Opiekunowie wytchnieniowi nie świadczą usług rehabilitacyjnych oraz usług medycznych.

IV. Zasady naboru oraz warunki uczestnictwa w Programie

1. Dokumenty rekrutacyjne do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego — edycja 2024 należy składać w Sekcji Profilaktyki i Wsparcia Społecznego Osób z Niepełnosprawnościami Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie we Włocławku, przy ul. Ogniowej 8/10, sala obsługi interesantów stanowisko nr 11 lub pocztą na adres: Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie we Włocławku, ul. Ogniowa 8/10, 87 - 800 Włocławek.

*Program „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024
finansowany ze środków Państwowego Funduszu Celowego - Fundusz Solidarnościowy.*



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej



2. Nabór uczestników do Programu prowadzony będzie w terminie określonym przez Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie we Włocławku odrębną informacją, która zostanie podana do wiadomości publicznej.
3. W sytuacji, kiedy w terminie o którym mowa powyżej do Programu nie zgłosi się przewidywana liczba osób, Dyrektor Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie we Włocławku ma prawo wyznaczenia kolejnego terminu naboru, bez konieczności wprowadzania dodatkowych zmian do niniejszego Regulaminu.
4. Dokumentacja rekrutacyjna do Programu obejmuje:
 - 1) kartę zgłoszenia do Programu „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 (załącznik nr 1 do Regulaminu naboru i uczestnictwa);
 - 2) orzeczenie o niepełnosprawności – dotyczy dzieci do 16 roku życia;
 - 3) orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne;
 - 4) klauzula informacyjna dotycząca ochrony danych osobowych (załącznik nr 2 do Regulaminu naboru i uczestnictwa);
 - 5) deklaracja dobrowolnego udziału w programie „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2023 (załącznik nr 3 do Regulaminu naboru i uczestnictwa)
5. Złożenie dokumentów rekrutacyjnych nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Programie.
6. Karta zgłoszeniowa wraz z załącznikami podlega weryfikacji formalnej przez pracownika merytorycznego Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie we Włocławku.
7. Ocena formalna Karty zgłoszenia do Programu stanowi załącznik nr 4 do Regulaminu naboru i uczestnictwa.
8. Po przeprowadzeniu oceny formalnej karty zgłoszenia do Programu pracownik merytoryczny występuje do Osiedlowych Sekcji Pomocy Społecznej Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie we Włocławku o przeprowadzenie rodzinnego wywiadu środowiskowego w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością w celu weryfikacji sytuacji życiowej.
9. W przypadku złożenia przez uczestnika Programu niekompletnej dokumentacji, zostanie on wezwany do uzupełnienia braków formalnych w wyznaczonym terminie. W przypadku gdy uczestnik Programu nie uzupełni w wyznaczonym terminie braków formalnych, niniejsza Karta zgłoszenia zostanie pozostawiona bez rozpatrzenia.
10. Po dokonaniu oceny formalnej oraz przeprowadzeniu rodzinnego wywiadu środowiskowego, Karta zgłoszenia do Programu podlega ocenie merytorycznej dokonanej przez Komisję powołaną Zarządzeniem Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie we Włocławku, w oparciu o kartę oceny merytorycznej stanowiącej załącznik nr 5 do Regulaminu naboru i uczestnictwa.
11. W pierwszej kolejności usługi opieki wychnieniowej przyznawane są dla osób, które pozytywnie przeszły ocenę formalną oraz uzyskały największą liczbę punktów na karcie oceny merytorycznej. W przypadku uzyskania takiej samej liczby punktów przez kilka osób, o przyznaniu usług opieki wychnieniowej decyduje kolejność wpływu Karty zgłoszenia do Programu wraz z załącznikami.
12. Osoby, które nie zostały zakwalifikowane do Programu znajdują się na liście rezerwowej.





13. Decyzje o przyznaniu lub odmowie objęcia wsparciem świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego i pobytu całodobowego podejmuje realizator Programu.
14. Przyznanie wsparcia następuje na podstawie decyzji administracyjnej, w której zostanie określony: termin realizacji usług opieki wytchnieniowej, zakres wsparcia oraz ilość przyznanych godzin w przypadku pobytu dziennego lub dób w przypadku pobytu całodobowego.
15. Usługi opieki wytchnieniowej rozliczane będą na podstawie wypełnionej karty rozliczenia usług.
16. Limity, o których mowa w rozdziale III ust. 2 i 3 należy wykorzystać nie później niż do dnia **13 grudnia 2024 roku**.

V. Prawa i obowiązki uczestników Programu

1. Za datę rozpoczęcia udziału w Programie uznaje się dzień, w którym uczestnik został objęty pierwszą usługą wsparcia.
2. Za datę zakończenia udziału w Programie uznaje się dzień udzielenia ostatniej formy wsparcia.
3. Uczestnik Programu zobowiązuje się do:
 - 1) udostępnienia danych osobowych osoby, której dane dotyczą i członka rodziny, w tym szczególnych kategorii danych niezbędnych do realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego — edycja 2024. Odmowa podania danych osobowych będzie uniemożliwiała udział w Programie;
 - 2) niezwłocznego informowania o wszelkich sytuacjach mających wpływ na realizację usług, w tym w szczególności o: zmianie miejsca zamieszkania, stanie zdrowia, hospitalizacji, wyjazdach na turnusy rehabilitacyjne, nieprawidłowo realizowanej usłudze
 - 3) przestrzegania zasad niniejszego Regulaminu
 - 4) potwierdzania zrealizowanej usługi własnoręcznym podpisem na karcie realizacji usług
4. Każdy uczestnik ma prawo do:
 - 1) decydowania o rodzaju pomocy, z której chce skorzystać oraz sposobie jej udzielania;
 - 2) zgłaszania uwag i oceny formy wsparcia, którymi został objęty w realizowanym Programie.
6. Uczestnik Programu nie może wymagać od Opiekuna świadczenia usług innych, niż określone w Karcie Zgłoszenia i zgodnych z celami Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.

VI. Postanowienia końcowe

1. Niniejszy Regulamin wchodzi w życie z dniem podpisania i obowiązuje przez czas trwania Programu.
2. Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie we Włocławku zastrzega sobie prawo zmiany Regulaminu. Wszelkie zmiany Regulaminu wymagają formy pisemnej i wchodzi w życie z dniem ich ogłoszenia.
3. W kwestiach nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie ostateczną decyzję podejmuje Dyrektor Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie we Włocławku.





4. Realizator Programu zastrzega sobie prawo do przeprowadzania doraźnych kontroli i monitorowania świadczonych usług opieki wytchnieniowej. Czynności w ramach kontroli i monitorowania są przeprowadzane i dokumentowane bezpośrednio w miejscu realizacji usług.
5. Gmina zastrzega sobie prawo zaprzestania realizacji Programu w razie rozwiązania umowy o dofinansowanie z Wojewodą.
6. W sprawach nieuregulowanych niniejszym regulaminem stosuje się zapisy Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej pn. „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 oraz przepisy ustawy o pomocy społecznej.

p.o. DYREKTORA
Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie
we Włocławku
Agnieszka Bronieczna

RADCA PRAWNY

Ewa Sidziewska

Tł - 749

Program „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024
finansowany ze środków Państwowego Funduszu Celowego - Fundusz Solidarnościowy.

KIEROWNIK

Sekcja Profilaktyki i Wsparcia Społecznego
Osób z Niepełnosprawnościami

Monika Orzechowska

Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej

ZASTĘPCA DYREKTORA

ds. Wsparcia Społecznego

Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie

we Włocławku

Liba



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

I. Dane osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wychnieniowej (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, 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 mózgowie; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowa – rdzeniowa)
2. dysfunkcja narządu wzroku
3. zaburzenia psychiczne
4. dysfunkcje o podłożu neurologicznym
5. dysfunkcja narządu mowy i słuchu
6. pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne

W jakich czynnościach w szczególności wymagane jest wsparcie:

1. czynności samoobsługowe, w tym utrzymanie higieny osobistej Tak /Nie
2. prowadzenie gospodarstwa domowego i 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):

.....

.....

.....

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

dzienna, miejsce wraz z adresem

..... *

całodobowa, miejsce wraz z adresem

..... *

w godzinach

.....

w dniach

.....

IV. Wskazanie osoby, która będzie świadczyła usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego

Czy wskazuje Pan(i) osobę niebędącą członkiem rodziny osoby z niepełnosprawnością, opiekunem osoby z niepełnosprawnością lub osobą faktycznie zamieszkującą razem z osobą z niepełnosprawnością, która będzie świadczyła, za uprzednią zgodą gminy/powiatu, w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością albo innym miejscu wskazanym przez Pana(ią) lub realizatora Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, usług opieki wytchnieniowej?

Tak / Nie

Jeżeli Tak, proszę podać imię i nazwisko tej osoby:

.....





V. Oświadczenia:

1. Oświadczam, że osoba z niepełnosprawnością w związku z opieką nad którą, ubiegam się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej posiada ważne orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności/orzeczenie traktowane na równi do orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2023 r. poz. 100, z późn. zm.)/ jest dzieckiem do ukończenia 16. roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności**.
2. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług opieki wytchnieniowej oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowania przez gminę/powiat, która/który realizuje Program „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, świadczonych usług opieki wytchnieniowej. Czynności o których mowa wyżej dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług.
3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.
4. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.
5. Oświadczam, że w godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego nie będą świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 901, z późn. zm.), inne usługi finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie do usług opieki wytchnieniowej finansowane ze środków publicznych.
6. Oświadczam, że aktualnie uczestniczę/nie uczestniczę*** bądź uczestniczyłem/ nie uczestniczyłem*** w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 lub innym programie resortowym Ministra Rodziny i Polityki Społecznej w 2024 r. w zakresie usług opieki wytchnieniowej, w tym w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024. W ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 i/lub innego programu resortowego Ministra Rodziny i





Polityki Społecznej w 2024 r. w zakresie usług opieki wytchnieniowej, w tym w Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024 przyznano mi
(wpisać liczbę godzin/dni) godzin/dni opieki wytchnieniowej.

7. W przypadku wskazania w dziale IV niniejszej Karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 osoby, która będzie świadczyła usług opieki wytchnieniowej oświadczam, że osoba ta przygotowana jest do świadczenia usług opieki wytchnieniowej.

Miejscowość, data

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

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług opieki wytchnieniowej

.....
Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie

* Należy wpisać miejsce wymienione w treści Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024:

- 1) świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego:
 - a) za uprzednią zgodą gminy/powiatu, miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
 - b) ośrodek wsparcia,
 - c) dom pomocy społecznej świadczący usługi wsparcia krótkoterminowego w formie dziennej,
 - d) dom pomocy społecznej prowadzony przez podmioty niepubliczne, o których mowa w art. 57 ust. 1 pkt 2-4 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. 2023, poz. 901 z późn. zm.),
 - e) w przypadku braku możliwości realizacji opieki wytchnieniowej w miejscach, o których mowa w lit. b-d, istnieje możliwość zrealizowania opieki wytchnieniowej w centrum opiekuńczo-mieszkalnym (COM), w przypadku posiadania wolnych miejsc,
 - f) za uprzednią zgodą gminy/powiatu, inne miejsce wskazane przez uczestnika Programu lub realizatora Programu, spełniające kryteria dostępności, o których mowa w ustawie z dnia z 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2022 r. poz. 2240);
- 2) świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu całodobowego:
 - a) za uprzednią zgodą gminy/powiatu, miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,





- b) mieszkanie treningowe lub wspomagane (z wyłączeniem dzieci do ukończenia 16. roku życia posiadających orzeczenie o niepełnosprawności),
- c) ośrodek wsparcia,
- d) rodzinny domu pomocy,
- e) dom pomocy społecznej świadczący usługi wsparcia krótkoterminowego w formie pobytu całodobowego,
- f) dom pomocy społecznej prowadzony przez podmioty niepubliczne, o których mowa w art. 57 ust. 1 pkt 2-4 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,
- g) w placówka zapewniająca całodobową opiekę, o której mowa w ustawie z dnia z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,
- h) w przypadku braku możliwości realizacji opieki wytchnieniowej w miejscach, o których mowa w lit. b-g, istnieje możliwość zrealizowania opieki wytchnieniowej w centrum opiekuńczo-mieszkalnym (COM), w przypadku posiadania wolnych miejsc,
- i) za uprzednią zgodą gminy/powiatu, inne miejsce wskazane przez uczestnika Programu lub realizatora Programu, spełniające kryteria dostępności, o których mowa w ustawie z dnia z 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2022 r. poz. 2240).

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

*** odpowiednie skreślić.



Załącznik nr 2 do Regulaminu naboru i uczestnictwa
w Programie Ministra Rodziny i Polityki Społecznej
„Opieka wychnieniowa” dla Jednostek
Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

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

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

Tożsamość administratora i dane kontaktowe

Administratorem Pani/Pana danych osobowych (dalej Administrator) jest Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie we Włocławku z siedzibą we Włocławku przy ul. Ogniowej 8/10, nr telefonu 54 423-23-00, adres e-mail: sekretariat@mopr.wloclawek.pl., w imieniu którego działa Dyrektor Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie we Włocławku.

Dane kontaktowe inspektora ochrony danych osobowych

Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych Osobowych (IOD), z którym można się skontaktować pod adresem Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie we Włocławku, ul. Ogniowa 8/10, 87-800 Włocławek, mailowo: iod@mopr.wloclawek.pl Z inspektorem ochrony danych można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.

Kategorie danych osobowych

Przetwarzanie danych osobowych obejmuje następujące kategorie Pani/Pana danych:
W przypadku osoby świadczącej usługi opieki wychnieniowej określonej w przyjętym przez Ministra Programie „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024: imię i nazwisko, miejsce pracy, stanowisko, adres e-mail, numer telefonu.

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

Cele przetwarzania i podstawa prawna przetwarzania

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w zakresie niezbędnym do wykonania przez Ministra zadań związanych ze sprawozdawczością, nadzorem oraz z czynnościami kontrolnymi dotyczącymi realizacji Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO gdyż, przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, art. 6 ust. 1 lit. e RODO gdyż, przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO gdyż, przetwarzanie jest niezbędne ze względów związanych z ważnym interesem publicznym, na podstawie prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego, które są proporcjonalne do wyznaczonego celu, nie naruszają istoty prawa do ochrony danych i przewidują odpowiednie i konkretne środki ochrony praw podstawowych i interesów osoby, której dane dotyczą, w tym do wypełnienia obowiązków w zakresie zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej wynikających z Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej





„Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, przyjętego na podstawie art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2023 r. poz. 647 z późn. zm.).

Odbiorcy danych lub kategorie odbiorców danych

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

Okres przechowywania danych

Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą do czasu wygaśnięcia obowiązku przechowywania tych danych wynikających z realizacji Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, a następnie do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów dotyczących archiwizacji dokumentacji.

Prawa podmiotów danych

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

Zautomatyzowane podejmowanie decyzji w tym profilowanie

W trakcie przetwarzania Pani/Pana danych osobowych nie będzie dochodzić do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani do profilowania.

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO) ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, tel.: 22 531 03 00.

Źródło pochodzenia danych

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

Informacja o dobrowolności lub obowiązku podania danych:

Podanie danych osobowych jest konieczne dla celów związanych z wykonywaniem zadań Ministra w ramach Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.

.....
Miejscowość i data

.....
podpis uczestnika/członka rodziny



Załącznik nr 3 do Regulaminu naboru i uczestnictwa w resortowym Programie Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

Dobrowolnie deklaruję swój udział w Programie „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego– edycja 2024, oraz oświadczam, że

1. Zostałem/am poinformowany/a, że uczestniczę w Programie finansowanym ze środków Funduszu Solidarnościowego;
2. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Programem „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.
3. Oświadczam, że: korzystam nie korzystam, ze wsparcia świadczenia usług opieki wychnieniowej w ramach Programu w innej Instytucji.
4. Oświadczam, że: korzystam nie korzystam, z innych form usług, w szczególności usług opiekuńczych bądź specjalistycznych usług opiekuńczych o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 901, 1693, 1938, 2760), usług finansowanych w ramach Funduszu Solidarnościowego, Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usług obejmujących analogiczne wsparcie do usług opieki wychnieniowej finansowane ze środków publicznych, w tym z Programu „Opieka wychnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych.
5. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że udział w formach wsparcia określonych w Regulaminie naboru i uczestnictwa w Programie „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 jest bezpłatny.
6. Oświadczam, że: zamieszkuję nie zamieszkuję, we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą niepełnosprawną, z opieką, nad którą ubiegam się o przyznanie usług opieki wychnieniowej oraz posiadam nie posiadam orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.
7. Oświadczam, że: jestem nie jestem osobą zatrudnioną, uczącą się lub studiującą.
8. Oświadczam, że osoba z niepełnosprawnością: korzysta nie korzysta z ośrodka wsparcia lub placówek pobytu całodobowego, środowiskowego domu samopomocy, z dziennego domu pomocy, z warsztatu terapii zajęciowej.
9. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o prawach i obowiązkach wynikających z przyznania usług opieki wychnieniowej.

Jednocześnie zobowiązuję się do :

1. Wypełniania dokumentów związanych z realizacją Programu „Opieka wychnieniowa” – edycja 2023.
2. Niezwłocznego informowania o wszelkich zmianach okoliczności faktycznych mogących mieć wpływ na realizację Programu.
3. Przestrzegania zasad Regulaminu Programu.





Przyjmuje do wiadomości, że:

Dane osobowe są przetwarzane wyłącznie w celu realizacji obowiązków związanych z realizacją Programu „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, w szczególności do potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, kontroli i sprawozdawczości. Podanie danych osobowych osoby, której dane dotyczą i członka rodziny, w tym szczególnych kategorii danych jest dobrowolne, lecz niezbędne do uczestnictwa w Programie „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego– edycja 2024. Odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Programu.

Włocławek, dnia.....

.....
podpis opiekuna/członka rodziny os. niepełnosprawnej





Załącznik nr 4
do Regulaminu Naboru i uczestnictwa w
resortowym Programie Ministerstwa Rodziny
i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego-
edycja 2024

KARTA OCENY FORMALNEJ

KARTY ZGŁOSZENIA DO PROGRAMU „Opieka wytchnieniowa” edycja 2024

Nazwisko i imię	
Numer karty zgłoszenia	

1. karta zgłoszenia została złożona we właściwej instytucji
.....
2. karta zgłoszenia została/nie została* złożona w terminie naboru (data wpływu).....
3. karta zgłoszenia została sporządzona na obowiązującym formularzu.....
4. wypełniono wszystkie wymagane pola we wniosku.....
5. dołączono wszystkie wymagane załączniki:

Lp.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku		Data uzupełnienia
		TAK	NIE	
1.	Karta zgłoszenia (zał. nr 1 do Regulaminu naboru i uczestnictwa) jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały złożone wg właściwych wzorów			
2.	Kopia ważnego orzeczenia o niepełnosprawności/ o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)			
3.	Klauzula informacyjna RODO w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” - edycja 2024 (zał. nr 2)			
4.	Deklaracja udziału w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 (zał. nr 3)			

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

W dniuwysłano pismo o konieczności uzupełnienia braków formalnych w terminie do.....

W dniu wniosek uzyskał ocenę formalną: pozytywną negatywną

* niepotrzebne skreślić

.....
Data i podpis pracownika

Program „Asystent osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 finansowany ze środków Państwowego KIEROWNI Funduszu Celowego - Fundusz Solidarnościowy.

INSPEKTOR
Natalia Owczarz-Jackowska

Sekcja Profilaktyki i Wsparcia Społecznej
Osób z Niepełnosprawnościami
Monika Orzechowska

Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej



Załącznik nr 5
do Regulaminu Naboru i uczestnictwa w resortowym Programie Ministerstwa Rodziny i
Polityki Społecznej „Opieka wychnieniowa”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2024

KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ

Karty Zgłoszenia do Programu „Opieka wychnieniowa” edycja 2024

Nazwisko i imię	
Numer karty zgłoszenia	
Stopień niepełnosprawności	

KRYTERIA				Ilość pkt.
1.	Osoba wymagająca wysokiego poziomu wsparcia, w tym osoby z niepełnosprawnościami sprzężonymi	Niepełnosprawność sprzężona – co najmniej 3 oznaczenia niepełnosprawności (3 pkt)	Niepełnosprawność sprzężona – co najmniej 2 oznaczenia niepełnosprawności (2 pkt)	Brak niepełnosprawności sprzężonej – 1 oznaczenie niepełnosprawności (1 pkt)
2.	Członek rodziny/opiekun zamieszkuje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą z niepełnosprawnością	TAK (2 pkt)		NIE (0 pkt)
3.	Czy opiekun osoby z niepełnosprawnością, nad którą ma być sprawowana opieka wychnieniowa, jest osobą posiadającą orzeczenie o niepełnosprawności?	TAK (2 pkt)		NIE (0 pkt)



4.	Opiekun osoby z niepełnosprawnością jest osobą niezatrudnioną?	TAK (2 pkt)	NIE (0 pkt)
5.	Opiekun osoby z niepełnosprawnością jest osobą uczącą się i studiującą?	TAK (2 pkt)	NIE (0 pkt)
6.	Czy osoba z niepełnosprawnością korzysta z innych form wsparcia typu: usługi sąsiedzkie, usługi opiekuńcze, specjalistyczne usługi opiekuńcze?	TAK (1pkt)	NIE (2pkt)
7.	Czy osoba z niepełnosprawnością korzysta z innych form wsparcia finansowanych z Funduszu Solidarnościowego?	TAK (1 pkt)	NIE (2 pkt)
		Łączna ilość punktów	
Uwagi			

Zakwalifikowano do udziału w Programie: TAK NIE

Wpisano na listę rezerwową do udziału w Programie: TAK NIE

Podpisy Komisji:

1..... 2.....

3.....