

ZARZĄDZENIE Nr 2/2024

Kierownik Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Małdytach
z dnia 05.03.2024r.

w sprawie wprowadzenia Regulaminu Rekrutacji i Realizacji resortowego Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” - edycja 2024

Na podstawie art. 18 ust. 1 pkt. 6 ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2023r. poz. 901 z późn. zm.) Kierownik Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Małdytach zarządza, co następuje:

§1

Wprowadza się w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Małdytach Regulamin Rekrutacji i Realizacji resortowego Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa”- edycja 2024 w brzmieniu stanowiącym Załącznik do niniejszego Zarządzenia.

§2

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

KIEROWNIK
Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej
w Małdytach
Ariel Dołęgowski

REGULAMIN REKRUTACJI I REALIZACJI PROGRAMU „OPIEKA WYTCNIENIOWA” EDYCJA 2024, FINANSOWANA ZE ŚRODKÓW FUNDUSZU SOLIDARNOŚCIOWEGO

§1

Postanowienia ogólne

1. Regulamin ustala zasady realizacji świadczenia usługi „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2024 przez Gminne Małdyty, gdzie realizatorem Programu jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Małdytach ul. Kopernika 13b, 14-330 Małdyty, zwanym dalej „Ośrodkiem”.
2. Podstawa realizacji usługi opieki wytchnieniowej, jest Program „Opieka wytchnieniowa” - edycja 2024, zwany dalej Programem, który finansowany jest w całości ze środków Funduszu Solidarnościowego.
3. Program będzie realizowany na terenie Gminy Małdyty od dnia zawarcia umowy na realizację pomiędzy Wojewoda Warmińsko- Mazurskim a Gminą Małdyty do dn. 31.12.2024r.
4. Odbiorcami usługi są mieszkańcy Gminy Małdyty.
5. Udział w Programie jest bezpłatny.
6. Program adresowany jest do członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad:
 1.) dziećmi do ukończenia 16. roku życia posiadającymi orzeczenie o niepełnosprawności lub
 2.) osobami niepełnosprawnymi posiadającymi:
 - a) orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo
 - b) orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych – którzy wymagają usług opieki wytchnieniowej. Członkowie rodzin osób z niepełnosprawnościami i opiekunowie osób z niepełnosprawnościami, którzy uzyskali w ramach Programu usługi opieki wytchnieniowej, zwani są dalej „uczestnikami Programu”.
7. Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny osoby z niepełnosprawnością uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, zięcia, synowa, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością.
8. Aktywność zawodowa nie wyklucza członka rodziny lub opiekuna, z możliwości uzyskania usługi opieki wytchnieniowej.
9. Program będzie realizowany w formie świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego za uprzednią zgodą gminy/powiatu, w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością.
10. 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.
11. Usługi opieki wytchnieniowej 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
 - 2) posiadają co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami, np. doświadczenie zawodowe, oświadczenie w udzielaniu wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w formie wolontariatu, lub
 - 3) zostaną wskazane przez uczestnika Programu w Karcie zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024, której wzór stanowi załącznik nr 7 do Programu.

12 W przypadku, gdy usługi opieki wychnieniowej, będą świadczone dla członków rodziny lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad dziećmi do ukończenia 16. roku życia posiadającymi orzeczenie o niepełnosprawności, w odniesieniu do osób, które mają świadczyć usług opieki wychnieniowej, wymagane są także:

- 1) zaświadczenie o niekaralności;
- 2) informują o niefigurowaniu w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym w postaci wydruku pobranej informacji z Rejestru;
- 3) pisemna akceptacja osoby, która ma świadczyć usługę opieki wychnieniowej ze strony rodzica lub opiekuna prawnego dziecka z niepełnosprawnością.

13. W ramach usługi opieki wychnieniowej zapewniane jest okresowe wsparcie w zabezpieczaniu potrzeb osoby z niepełnosprawnością, w zastępstwie członków rodziny lub opiekunów sprawujących na co dzień bezpośrednią opiekę.

14. Rodzaj i zakres godzinowy usług opieki wychnieniowej powinien być uzależniony od osobistej sytuacji uczestnika Programu, z uwzględnieniem stopnia i rodzaju niepełnosprawności osoby z niepełnosprawnością, nad którą uczestnik Programu sprawuje opiekę.

Zadanie jest realizowane ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wychnieniowa” edycja 2024

§2

Rekrutacja do Programu „Opieka wychnieniowa- edycja 2024

1. W 2024 r. w ramach Programu usługa opieki wychnieniowej w formie pobytu dziennego na terenie Gminy Małdyty zostanie objętych 6 opiekunów sprawujących opiekę nad:

- dziećmi do ukończenia 16. roku życia posiadającymi orzeczenie o niepełnosprawności lub którym będą świadczone usługi opieki wychnieniowej

- osobami niepełnosprawnymi posiadającymi:

1. orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo
2. orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, którzy wymagają usług opieki wychnieniowej.

2. Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Małdytach kwalifikuje do przyznania usługi opieki wychnieniowej na podstawie następujących dokumentów:

- a) „Karty zgłoszenia do Programu „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024,
- b) kserokopii aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności/stopniu niepełnosprawności (dołączonej do karty zgłoszenia)
- c) podpisanej klauzuli informacyjnej RODO- wzór klauzuli stanowi załącznik nr 12 do Programu Ministra Rodziny Polityki Społecznej „Opieka wychnieniowa” - edycja 2024 oraz. załącznik nr 1 do Regulaminu
- d) oświadczenia uczestnika Programu - zał. Nr 2 do Regulaminu

3. W przypadku wskazania przez Uczestnika Programu osoby do świadczenia usługi opieki wychnieniowej, oświadczenie osoby niepełnosprawnej/opiekuna osoby niepełnosprawnej, że wskazana przez nią osoba jest przygotowana do realizacji w/w usługi oraz o braku pokrewieństwa - wzór stanowi załącznik nr 2 do Regulaminu.

4. W przypadku, gdy usługi asystencji osobistej będą świadczone na rzecz dzieci niepełnosprawnych do 16. roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności, w odniesieniu do osoby, która ma świadczyć usługi asystencji osobistej, wymagane jest także:

- 1) zaświadczenie o niekaralności;
- 2) informacja o niefigurowaniu w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualny w postaci wydruku pobranej informacji z Rejestru;
- 3) pisemna akceptacja osoby, która ma świadczyć usługę opieki ze strony rodzica lub opiekuna prawnego dziecka z niepełnosprawnością

5. Dokumenty należy składać w formie papierowej w siedzibie Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Małdytach, ul. Kopernika 13b, 14-330 Małdyty, w pok. nr 1 na drugim piętrze w godzinach urzędowania (od poniedziałku do piątku, w godzinach od 7.00 do 15.00)

6. Złożenie dokumentów rekrutacyjnych nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do udziału w Programie.

7. Zgłoszenia do Programu będą rozpatrywane przez Komisję Rekrutacyjną powołaną przez Kierownika Ośrodka. o zakwalifikowaniu do Programu będą brane pod uwagę:

- | | |
|--|---------------------|
| - brak możliwości uzyskania pomocy ze strony innych członków rodziny, np. ze względu na wiek, stan zdrowia bądź aktywizację zawodową, inne | TAK 5 pkt NIE 0 pkt |
| - uczestniczenie w placówkach wsparcia dziennego | TAK 0 pkt NIE 5 pkt |
| - korzystanie z usług opiekuńczych | TAK 0 pkt NIE 5 pkt |
| - samodzielne poruszanie się w domu | TAK 0 pkt NIE 5 pkt |
| - samodzielne poruszanie się poza miejscem zamieszkania | TAK 0 pkt NIE 5 pkt |
| - inne czynniki związane z sytuacją indywidualną osoby (np. pomoc sąsiedzka, funkcjonowanie w społeczeństwie, możliwości psychofizyczne) | od 0 do 5 pkt |

8. Osoby zakwalifikowane do udziału w Programie otrzymają pisemne potwierdzenie objęcia usługą opieki wytchnieniowej.
9. W przypadku osób, które w procesie rekrutacji otrzymają taką samą ilość punktów, będzie decydowała informacja/opinia pracownika socjalnego o funkcjonowaniu tej osoby w środowisku.
10. Komisja Rekrutacyjna sporządzi protokół z posiedzenia oraz „Kartę Oceny do zakwalifikowania w Programie* stanowiącą Załącznik Nr 3 do Regulaminu.
11. Osoby, które złożą dokumenty po upływie terminu rekrutacji, zostaną umieszczone na liście rezerwowej pod pierwszą wolną pozycją.
12. Dokumenty rekrutacyjne nie podlegają zwrotowi i stanowią własność Ośrodka.
13. Po wyczerpaniu limitu dostępnych miejsc w Programie osoby zgłaszające chęć udziału zostaną wpisane na listę rezerwową. W przypadku rezygnacji osoby objętej usługami asystenta, do Programu będzie zapraszana kolejna osoba z listy rezerwowej.

§3

Zasady uczestnictwa w Programie „Opieka wytchnieniowa” - edycja 2024

1. Zgodnie ze złożonym wnioskiem i przyznanymi Środkami na realizujące zadania dla Gminy Małdyty, maksymalny limit godzin dla 1 uczestnika wynosi 240 godzin. Limit godzin może się zmieniać w czasie trwania Programu.
2. Osoba niepełnosprawna lub opiekun prawny ma prawo wyboru osoby, która będzie świadczyć usługi opieki wytchnieniowej.
3. Usługa opieki wytchnieniowej nie może być świadczona przez małżonków rodziny, opiekunów prawnych lub osoby faktycznie zamieszkujące razem z uczestnikiem Programu.
4. Za realizację usługi opieki wytchnieniowej, uczestnik nie ponosi odpłatności.
5. Zakres czynnościowy ustalany jest każdorazowo indywidualnie w zależności od potrzeb i możliwości Uczestnika a także katalogu ról społecznych, które osoba z niepełnosprawnością pełni lub chciałaby pełnić.
6. W przypadku, gdy usługa asystenta jest świadczona na rzecz dzieci niepełnosprawnych do 16 roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji; wymagane jest także:
 - a) zaświadczenie o niekaralności;
 - b) pisemna informacja o niefigurowaniu w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym;
 - c) pisemna akceptacja osoby świadczącej usługę opieki wytchnieniowej ze strony rodzica lub opiekuna prawnego dziecka z niepełnosprawnością.
7. Wzór karty realizacji usług opieki wytchnieniowej stanowi załącznik nr 8 do Programu.
8. Każdy uczestnik Programu zobowiązany jest do informowania Ośrodka Pomocy Społecznej w Małdytach o wszelkich nieprawidłowościach w realizacji wsparcia asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej.
9. Każdy z uczestników Programu zobowiązany jest do informowania Ośrodka Pomocy Społecznej w Małdytach w trakcie trwania Programu o zmianach dotyczących sytuacji osoby z niepełnosprawnością.
10. W przypadku zmiany miejsca zamieszkania poza teren Gminy Małdyty uczestnik Programu składa pracownikowi Ośrodka oświadczenie o rezygnacji z udziału w Programie.
11. W godzinach realizacji usługi opieki wytchnieniowej nie mogą być świadczone inne formy pomocy usługowej, w tym: usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie o pomocy społecznej bądź usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub z innych źródeł.
12. Zarówno Uczestnik jak i osoba świadcząca usługę biorąc udział w Programie, wyrażają zgodę na doraźną kontrolę oraz monitoring świadczonych usług prowadzony bezpośrednio w miejscu ich realizacji, zgodnie z zapisami z części IV pkt. 29 Programu.

§4

Postanowienia końcowe

1. Osoba zakwalifikowana do Programu jest zobowiązana do respektowania zasad niniejszego regulaminu.
2. W sprawach nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie, obowiązują zapisy Programu „Opieka wychowawcza” - edycja 2024, ogłoszonego przez Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej.
3. W innych nie wynikających z zapisów Programu „ - edycja 2024, ogłoszonego przez Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej ani niniejszego regulaminu sprawach decyzje co do rozstrzygnięć podejmuje Kierownik Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Małdytach.
4. Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Małdytach zastrzega sobie prawo do zmiany postanowień niniejszego Regulaminu niezbędnych do prawidłowej realizacji Programu.

Klauzula informacyjna w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2024

Zgodnie z art. 13 i art.14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str.1, z późn. zm.), zwanego dalej „RODO”, informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Gmina Małdyty/ Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Małdytach, reprezentowany przez Kierownika, ul. Kopernika 13b, 14-330 Małdyty.

adres e-mail: gops@gopsmaldyty.pl

2. Inspektorem Ochrony Danych jest Agnieszka Szołtysek. Z Inspektorem ochrony danych można kontaktować się pod adresem: iod.gopsmaldyty@grupafORMAT.pl

3. Celem przetwarzania danych osobowych jest realizacja Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2024, w tym rozliczenie otrzymanych środków z Funduszu Solidarnościowego.

4. Dane osobowe przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit e RODO, tj. w związku z wykonaniem zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi oraz na podstawie art. 9 ust. 2 lit. g RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne ze względów związanych z ważnym interesem publicznym, na podstawie prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego, które są proporcjonalne do wyznaczonego celu, nie naruszają istoty prawa do ochrony danych i przewidują odpowiednie i konkretne środki ochrony praw podstawowych i interesów osoby, której dane dotyczą, w tym do wypełnienia obowiązków w zakresie zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej wynikających z Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2024, przyjętego na podstawie ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2020 r. poz. 1787, z późn. zm.).

5. Dane osobowe będą przechowywane przez okres przewidziany w przepisach dotyczących przechowywania i archiwizacji dokumentacji, tj. przez 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym rozpatrzono wnioski.

.....
miejsowość data

.....
imię i nazwisko Uczestnika Programu
(opiekun osoby niepełnosprawnej/
opiekuna prawnego/ opiekun ustawowy dziecka)

.....
imię i nazwisko
osoby niepełnosprawnej*/dziecka do 16 r.ż z orzeczeniem o niepełnosprawności

.....
.....
adres zamieszkania

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU
„Opieka wychnieniowa” –Edycja 2024**

1. Jako rodzic/opiekun osoby z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności/dziecka do 16 r.ż oświadczam, że wskazuję n/w osobę do świadczenia usługi opieki wychnieniowej:

Pana/Panią

imię i nazwisko osoby wskazanej do świadczenia usługi opieki wychnieniowej
dane kontaktowe wskazanej osoby (adres zamieszkania/ numer telefonu/ adres e-mail

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

Oświadczam, że wyżej wskazana osoba

- nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną/ moim podopiecznym/ moim dzieckiem*,
- jest przygotowany do realizacji wobec mojego podopiecznego/ mojego dziecka*

usług opieki wytchnieniowej zgodnie z wymogami zawartymi w Programie.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na dokonywanie przez realizatora Programu kontroli i monitorowania świadczonych usług opieki wytchnieniowej w miejscu świadczonych usług.

.....
podpis Uczestnika Programu

* niewłaściwe skreślić

Karta oceny do zakwalifikowania w Programie „Opieka wychnieniowa” – edycja 2024

.....
Imię i nazwisko Uczestnika

.....
Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej*
/dziecka do 16 r.ż z orzeczeniem o niepełnosprawności

.....
Adres

.....
Telefon

- | | | |
|--|-----------|-----------|
| 1. Brak możliwości uzyskania pomocy ze strony innych członków rodziny, np. ze względu na stan zdrowia bądź aktywizację zawodową | TAK 5 pkt | NIE 0 pkt |
| 2. Uczestniczenie w placówkach wsparcia dziennego | TAK 0 pkt | NIE 5 pkt |
| 3. Korzystanie z usług opiekuńczych | TAK 0 pkt | NIE 5 pkt |
| 4. Samodzielne poruszanie się w domu | TAK 0 pkt | NIE 5 pkt |
| 5. Samodzielne poruszanie się poza miejscem zamieszkania | TAK 0 pkt | NIE 5 pkt |
| 6. Inne czynniki związane z sytuacją indywidualną osoby (np. pomoc sąiedzka, funkcjonowanie w społeczeństwie, możliwości psychofizyczne, inne - istotne) od 0 do 5 pkt | | |

.....
.....
.....
.....
Ilość uzyskanych pkt.

Podpisy Komisji

Maldyty, dnia

* Niepotrzebne skreślić

- Załącznik nr 7 do Programu
- Ministra Rodziny i Polityki Społecznej
- „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego □ edycja 2024

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

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

- Imię i nazwisko:

.....
.....

- Adres zamieszkania:

.....
.....

- Telefon:

.....
.....

- E-mail:

.....
.....

- **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:

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

- W jakich czynnościach w szczególności wymagane jest wsparcie:
- czynności samoobsługowe, w tym utrzymanie higieny osobistej **Tak** / **Nie**
- prowadzenie gospodarstwa domowego i wypełnianie ról w rodzinie **Tak** / **Nie**
- przemieszczanie się poza miejscem zamieszkania **Tak** / **Nie**
- 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 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:

.....

- **IV. Oświadczenia:**

- 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**.

- 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.

- Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.
1. 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.
 2. 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.
 3. 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 Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024 przyznano mi (wpisać liczbę godzin/dni) godzin/dni opieki wytchnieniowej.
 4. W przypadku wskazania w dziale III niniejszej Karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 osoby, która będzie świadczyła usług opieki wytchnieniowej oświadczam, że osoba ta przygotowana jest do świadczenia usług opieki wytchnieniowej.

Małdyty....., 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.

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 jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Małdytach z siedzibą przy ul. Kopernika 13B, 14-330 Małdyty, adres e-mail: gops@gopsmaldyty.pl.

Dane kontaktowe inspektora ochrony danych osobowych

W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych prosimy o kontakt z Inspektorem Ochrony Danych, drogą elektroniczną – adres email: iod.gopsmaldyty@grupafomat.pl

Kategorie danych osobowych

Przetwarzanie danych osobowych obejmuje następujące kategorie Pani/Pana danych:

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

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

Cele przetwarzania i podstawa prawna przetwarzania

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w zakresie niezbędnym do wykonania przez Ministra zadań związanych ze sprawozdawczością, nadzorem oraz z czynnościami kontrolnymi dotyczącymi realizacji Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO gdyż, przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, art. 6 ust. 1 lit. e RODO gdyż, przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO gdyż, przetwarzanie jest niezbędne ze względów związanych z ważnym interesem publicznym, na podstawie prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego, które są proporcjonalne do wyznaczonego celu, nie naruszają istoty prawa do ochrony danych i przewidują odpowiednie i konkretne środki ochrony praw podstawowych i interesów osoby, której dane dotyczą, w tym do wypełnienia obowiązków w zakresie zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej wynikających z Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, przyjętego na podstawie art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2023 r. poz. 647 z późn. zm.).

Odbiorcy danych lub kategorie odbiorców danych

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

Okres przechowywania danych

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

Prawa podmiotów danych

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

Zautomatyzowane podejmowanie decyzji w tym profilowanie

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

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

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

Źródło pochodzenia danych

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

Informacja o dobrowolności lub obowiązku podania danych:

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

Małdyty, dnia

Czytelny podpis

WZÓR

**Karta realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek
Samorządu Terytorialnego – edycja 2024**

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

Imię i nazwisko:

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:

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)

Lp.	Data realizacji opieki wytchnieniowej	Miejsce realizacji opieki wytchnieniowej	Godziny/dni realizacji opieki wytchnieniowej	Liczba godzin/dni świadczonej opieki wytchnieniowej	Potwierdzenie realizacji usługi opieki wytchnieniowej przez osobę bądź placówkę, która ją realizowała	Podpis osoby objętej opieką wytchnieniową: członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością
1.						
2.						
3.						
4.						

Lp.	Data realizacji opieki wytchnieniowej	Miejsce realizacji opieki wytchnieniowej	Godziny/dni realizacji opieki wytchnieniowej	Liczba godzin/dni świadczonej opieki wytchnieniowej	Potwierdzenie realizacji usługi opieki wytchnieniowej przez osobę bądź placówkę, która ją realizowała	Podpis osoby objętej opieką wytchnieniową: członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						

4. Łączna liczba godzin/dni świadczonej usługi opieki wytchnieniowej w formie:

- 1) dziennej wynosi godzin;
- 2) całodobowej wynosidni.

5. Potwierdzam zgodność karty realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024:

.....
Data i podpis osoby reprezentującej realizatora Programu

6. Potwierdzam zgodność karty realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024:

.....
Data i podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością

*Należy podkreślić realizowaną formę usług.