**Załącznik**
do Zarządzenia nr 11/2024 z dnia 19.03.2024 r.
Dyrektora Ośrodka Pomocy Społecznej w Międzychodzie

# REGULAMIN WDRAŻANIA I REALIZACJI PROGRAMU „OPIEKA WYTCHNIENIOWA" DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO - EDYCJA 2024 W OŚRODKU POMOCY SPOŁECZNEJ W MIĘDZYCHODZIE

## I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Usługi opieki wytchnieniowej, zwane dalej „usługami" realizowane są na rzecz członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad:

a) dziećmi do ukończenia 16 roku życia posiadającymi orzeczenie o niepełnosprawności, lub

b) osobami z niepełnosprawnościami posiadającymi:

– orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, albo

– 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

będącymi mieszkańcami gminy Międzychód, poprzez możliwość uzyskania doraźnej, czasowej pomocy w formie usługi opieki wytchnieniowej. Usługi mogą służyć okresowemu zabezpieczeniu potrzeb osoby niepełnosprawnej w sytuacji, gdy opiekunowie z różnych powodów nie będą mogli wykonywać swoich obowiązków.

2. Uczestnikami Programu – zwanymi dalej „uczestnikami" są:

a) członkowie rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad dziećmi do ukończenia 16 roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności i osobami posiadającymi orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, którzy wymagają usług opieki wytchnieniowej,

b) usługi opieki wytchnieniowej przysługują w przypadku zamieszkiwania członka rodziny lub opiekuna we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą niepełnosprawną i, która wymaga stałej opieki w zakresie potrzeb życia codziennego.

3. Realizatorem Programu jest Ośrodek Pomocy Społecznej w Międzychodzie, z siedzibą przy ul. Juliusza Słowackiego 11, 64-400 Międzychód, zwany dalej „Ośrodkiem".

4. Obsługę Programu zapewnia zespół koordynujący, zwany dalej „zespołem".

5. Usługi opieki wytchnieniowej realizowane są w dwóch modułach:

a) **Moduł I** - w ramach pobytu całodobowego 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;

b) **Moduł II** - w ramach pobytu dziennego w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością, dla dzieci do ukończenia 16 roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności i osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności oraz orzeczeniami traktowanymi na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności.

6. Założenia realizacji Programu w Gminie Międzychód zgodnie ze złożonym wnioskiem:

a) **Moduł I – pobyt całodobowy**:

- planowana liczba osób dorosłych ze znacznym stopniem niepełnosprawności – 3 osoby,
- ogólna liczba planowanych dni usługi opieki wytchnieniowej – 42 dni,
- planowany koszt 1 dnia usługi opieki wytchnieniowej – nie więcej niż 600 zł brutto za dobę realizacji usługi, a w przypadku drugiej osoby z niepełnosprawnością z jednej rodziny nie więcej niż 300 zł brutto,
- planowany całkowity koszt usługi opieki wytchnieniowej w formie pobytu całodobowego – 21.000,00 zł ,
- koszt obsługi programu – 420,00 zł ,
- ogółem kwota środków finansowych z Funduszu Solidarnościowego wnioskowana przez gminę –21.420,00 zł .

b) **Moduł II – pobyt dzienny**:

- planowana ogólna liczba osób z niepełnosprawnością, którym będą świadczone usługi opieki wytchnieniowej w formie pobytu dziennego - 20 osób,
- planowana liczba osób z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności – 9 osób,
- planowana liczba dzieci do 16 roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności, którym będą świadczone usługi opieki wytchnieniowej – 11 dzieci,
- ogólna liczba planowanych godzin usługi opieki wytchnieniowej - 3000 godzin,
- planowany koszt 1 godziny usługi opieki wytchnieniowej – nie więcej niż 50,00 zł brutto, przez kwotę brutto rozumie się kwotę wynagrodzenia wraz z kosztami pracy. Przez koszty pracy należy rozumieć sumę wynagrodzeń brutto oraz składek na ubezpieczenie społeczne, Fundusz Pracy poniesionych przez Zleceniodawcę,

- planowany całkowity koszt usługi opieki wytchnieniowej w formie pobytu dziennego – 150.000,00 zł ,
- koszt obsługi Programu – 3.000,00 zł ,
- ogółem kwota środków finansowych z Funduszu Solidarnościowego wnioskowana przez gminę – 153.000,00 zł .

7. Realizowanie programu planowane jest od marca 2024 roku do grudnia 2024 roku., w zależności od terminu faktycznego przekazania dofinansowania.

8. Decyzję w zakresie wyboru formy zatrudnienia osób świadczących usługę opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego (moduł II) podejmuje Ośrodek Pomocy Społecznej w Międzychodzie.

9. Celem świadczenia opieki wytchnieniowej jest wsparcie członków rodzin lub opiekunów, którzy wymagają wsparcia w postaci doraźnej, czasowej przerwy w sprawowaniu bezpośredniej opieki nad dziećmi do 16 roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności, a także nad osobami ze znacznym stopniem niepełnosprawności. Opieka wytchnieniowa ma za zadanie odciążenie członków rodzin lub opiekunów osób niepełnosprawnych poprzez wsparcie ich w codziennych obowiązkach lub zapewnienie czasowego zastępstwa. Dzięki temu wsparciu osoby zaangażowane na co dzień w sprawowanie opieki dysponować będą czasem, który będą mogły przeznaczyć na odpoczynek i regenerację, jak również na załatwienie niezbędnych spraw życiowych. Usługa opieki wytchnieniowej dla osób niepełnosprawnych dorosłych może służyć również okresowemu zabezpieczeniu potrzeb osoby niepełnosprawnej w sytuacji, gdy opiekunowie z różnych powodów nie będą mogli wykonywać swoich obowiązków.

10. 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:

a) posiadają dyplom potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie: asystent osoby niepełnosprawnej/pielęgniarka, siostra PCK, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, fizjoterapeuta; lub
b) posiadają, co najmniej 6–miesięczne udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami, w tym np.: doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w formie wolontariatu itp. Posiadanie doświadczenia powinno zostać udokumentowane pisemnym oświadczeniem podmiotu, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym; lub

c) zostaną wskazane przez uczestnika programu w karcie zgłoszenia do programu „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu terytorialnego – edycja 2024 pod warunkiem, że wskazana osoba spełnia przynajmniej jeden z warunków, o których mowa w pkt. 10 a) lub 10 b) regulaminu.

11. Przyznając usługę opieki wytchnieniowej w pierwszej kolejności bierze się pod uwagę stan zdrowia i sytuację życiową uczestników programu. Uwzględnia się również potrzeby członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad dzieckiem do 16 roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności lub osobą ze znacznym stopniem niepełnosprawności lub z orzeczeniem traktowanym na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, która stale przebywa w domu i nie korzysta np. z ośrodka wsparcia, z placówek pobytu całodobowego, ze środowiskowego domu samopomocy, z dziennego domu pomocy, z warsztatu terapii zajęciowej lub niezatrudnionych, uczących się lub studiujących. O przystąpieniu do Programu decyduje również kolejność składanych dokumentów.

## II. WDRAŻANIE I REALIZACJA PROGRAMU „OPIEKA WYTCHNIENIOWA" DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO - EDYCJA 2024

1. W celu zapewnienia wysokiego standardu usług opieki wytchnieniowej został wyłoniony Zespół Koordynujący, który został powołany Zarządzeniem Nr 10/2024 z dnia 19.03.2024 r. Dyrektora Ośrodka Pomocy Społecznej w Międzychodzie w sprawie: powołania Zespołu Koordynującego Program: „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 w Ośrodku Pomocy Społecznej w Międzychodzie.
2. Za nadzór nad realizacją Programu odpowiada Dyrektor Ośrodka Pomocy Społecznej w Międzychodzie.

## III. PROCEDURA NABORU UCZESTNIKÓW DO PROGRAMU I OSÓB REALIZUJĄCYCH USŁUGI OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ

### III. 1 - UCZESTNIK

1. Członek rodziny lub opiekun sprawujący bezpośrednią opiekę nad dzieckiem do 16 roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności lub osobą posiadającą orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności chcąc przystąpić do Programu, składa:

a) kartę zgłoszenia do Programu "Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024, stanowiącej **załącznik nr 1 do niniejszego regulaminu** - moduł I i II, w terminie wyznaczonym przez realizatora oraz
b) kserokopię aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności,

termin przyjmowania zgłoszeń zostanie podany do wiadomości publicznej na stronie internetowej Gminy Międzychód oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Ośrodka;

- w dalszej kolejności zobowiązani są dostarczyć uzupełnione i podpisane następujące załączniki:

a) w przypadku członków rodziny lub opiekunów sprawujących bezpośrednia opiekę nad dziećmi do ukończenia 16 roku życia posiadającymi orzeczenie o niepełnosprawności, w odniesieniu do osób, które mają świadczyć usługi opieki wytchnieniowej wymaga się, pisemnej akceptacji osoby, która ma świadczyć usługę opieki wytchnieniowej ze strony rodzica lub opiekuna prawnego dziecka z niepełnosprawnością - moduł II (dzienny), stanowiącej **załącznik nr 3 do niniejszego regulaminu**,
b) oświadczenie o korzystaniu z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, usług finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego lub innych źródeł – moduł I i II, stanowiące **załącznik nr 2 do niniejszego regulaminu**,
c) regulamin świadczenia i korzystania z usług osoby realizującej opiekę wytchnieniową, stanowiący **załącznik nr 4 do niniejszego regulaminu**.

2. W przypadku, gdy osoba nie może dostarczyć karty zgłoszenia osobiście, może doręczyć ją do siedziby Ośrodka za pośrednictwem innej osoby lub przesyłki listowej.

3. Uczestnik ma możliwość samodzielnego wskazania osoby, która będzie świadczyć usługę opieki wytchnieniowej.

4. O wszelkich zmianach mających wpływ na prawo i warunki korzystania z usługi opieki wytchnieniowej w ramach programu (np. utrata statusu osoby z niepełnosprawnością, zmiana stopnia niepełnosprawności, korzystanie w danym roku kalendarzowym z usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach innych programów dotyczących usług opieki wytchnieniowej), uczestnik Programu jest obowiązany niezwłocznie poinformować Ośrodek Pomocy Społecznej w Międzychodzie, nie później niż w ciągu 7 dni od dnia nastąpienia zmiany.

5. Dokumenty, o których mowa w pkt. 1 przekazywane są do zespołu, który rejestruje wniosek, a następnie weryfikuje go pod kątem formalnym.

6. Zespół koordynujący dokonuje weryfikacji zgłoszenia i kwalifikuje do uczestnictwa w Programie, co potwierdza na karcie zgłoszenia. Następnie zespół wyznacza kandydata na realizację opieki wytchnieniowej – w przypadku, kiedy wnioskodawca nie wskaże takiej osoby we wniosku uczestnika Programu. Natomiast, jeśli osoba realizująca usługi opieki wytchnieniowej została wskazana przez wnioskodawcę, zespół koordynujący kontaktuje się z tą osobą, celem dopełnienia formalności związanych z przedstawieniem przez opiekuna dokumentów poświadczających posiadane kwalifikacje lub doświadczenie zawodowe, a w przypadku zainteresowania współpracą, podpisania umowy zlecenia lub umowy o świadczenie usług zgodnie z rozdz. III., pkt 3 - dotyczy moduł II.

7. Po weryfikacji złożonej dokumentacji zespół przesyła do uczestnika przystępującego do Programu pisemną informację o:

a) zakwalifikowaniu do Programu, stanowiącym **załącznik nr 5 do niniejszego regulaminu**, lub
b) niezakwalifikowaniu do Programu, stanowiącym **załącznik nr 6 do niniejszego regulaminu**,
c) w przypadku, gdy nie ma możliwości przydzielenia usług z uwagi na dużą liczbę wniosków – wnioskodawca zostanie poinformowany pisemnie o wpisaniu go na listę osób oczekujących - **załącznik nr 7 do niniejszego regulaminu**.

8. W sytuacji wystąpienia zdarzeń losowych (śmierć członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej lub jego nagły pobyt w szpitalu) usługi opieki wytchnieniowej mogą być przyznane bez Karty zgłoszenia do Programu. W takim przypadku dokument ten powinien zostać uzupełniony niezwłocznie, w terminie nie dłuższym niż 3 dni robocze od dnia wystąpienia tej sytuacji.

**III. 2 - PLACÓWKA REALIZUJĄCA USŁUGI OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ – CAŁODOBOWO. MODUŁ I.**

1. Świadczenia usługi opieki wytchnieniowej, w ramach pobytu całodobowego realizowane są w innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu lub realizatora Programu, spełniającym kryteria dostępności, o których mowa w ustawie z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami.

2. Placówka/ośrodek, o którym mowa w pkt 1 ponosi odpowiedzialność za staranność w wyborze osób, przy pomocy których będzie świadczyła usługi opieki wytchnieniowej oraz prawidłowość wykonywanych usług.

3. Uczestnik ma możliwość wskazania placówki/ośrodka, w której będzie realizowana usługa oraz określa w porozumieniu z tą jednostką termin przyjęcia. Uczestnik zobowiązuje się samodzielnie zorganizować transport oraz pokryć koszty dowozu.

4. Obowiązkiem uczestnika jest każdorazowe dostarczenie do zespołu po realizacji usługi wypełnionej karty realizacji usług Programu – **załącznik nr 9 do niniejszego regulaminu**.

5. W przypadku, kiedy uczestnik wskaże zgodnie z pkt 1 placówkę, to gmina będąca realizatorem Programu nawiąże na swoje potrzeby umowę z przedstawicielem wskazanej jednostki, w szczególności określającą warunki płatności, rodzaje kwalifikowanych do wykonywania usług opieki wytchnieniowej, kosztów oraz uprawnienia osób, które mogą świadczyć ww. usługę.

**III. 3 - OSOBA REALIZUJĄCA USŁUGI OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ. MODUŁ II.**

1. Kandydat na osobę realizującą opiekę wytchnieniową składa swoją ofertę poprzez **załącznik nr 8 do niniejszego regulaminu** – zgłoszenie oferty. W następnym etapie załącza się potwierdzenie zapoznania się z treścią regulaminu świadczenia i korzystania z usług „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024 i dostarcza odpowiednio (do wglądu w procesie rekrutacji, a w przypadku podpisania umowy kopię do akt):

a) kserokopie dyplomu lub świadectwa potwierdzające wykształcenie, lub
b) dokumenty potwierdzające co najmniej półroczne doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym, np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom z niepełnosprawnością w formie wolontariatu.

2. Dokumenty złożone przez kandydata na osobę realizującą opiekę wytchnieniową podlegają weryfikacji przez zespół pod kątem zgodności z wymogami Programu. W przypadku pozytywnej oceny kandydata zespół kwalifikuje go do nawiązania współpracy. Podejmuje również ustalenia dotyczące skierowania kandydata do współpracy z wybraną osobą niepełnosprawną, która we wniosku nie wskazała osoby, a która będzie świadczyć na jej rzecz usługi opieki wytchnieniowej.

W przypadku zakwalifikowania kandydatów wyrażających wolę pracy z dziećmi do 16 roku życia, starszy administrator do spraw kadr i płac występuje do Ministerstwa Sprawiedliwości o informację, czy dana osoba figuruje w Rejestrze Sprawców Przestępstw Na Tle Seksualnym (podstawa prawna działania: art. 21 ust. 1 ustawy z 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczości na tle seksualnym).

Wymaga się również od kandydata wyrażającego wolę pracy z dziećmi do 16 roku życia z orzeczoną niepełnosprawnością przedłożenia: zaświadczenia o niekaralności.

3. Po zakwalifikowaniu kandydata do nawiązania współpracy, starszy administrator do spraw kadr i płac informuje o warunkach zatrudnienia, a po wyrażeniu zgody na zatrudnienie przygotowuje umowę zlecenia lub umowę o świadczenie usług i wyznacza termin do jej podpisania. W dniu podpisania umowy, osoba wyrażająca wolę świadczenia usług opieki przechodzi szkolenie wstępne bhp oraz z zakresu udzielania pierwszej pomocy, które udokumentowane jest na karcie szkolenia wstępnego w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy, w tym pierwsza pomoc.

4. Po podpisaniu umowy zlecenia lub umowy o świadczenie usług osoba realizująca usługi opieki wytchnieniowej zostanie poinformowana pisemnie o przydzieleniu danego uczestnika, natomiast uczestnik o przydzieleniu danej osoby realizującej opiekę wytchnieniową, z wyszczególnieniem zaplanowanych godzin na danego uczestnika programu.

5. Akta uczestników i osób realizujących opiekę wytchnieniową znajdować się będą w siedzibie Ośrodka.

6. Listę oczekujących kandydatów do realizowania usługi opieki wytchnieniowej spełniających wymogi Programu, z którymi nie zawarto umów prowadzi starszy administrator do spraw kadr i płac.

## IV. SPOSÓB REALIZACJI USŁUG

1. Uczestnik Programu za usługi opieki wytchnieniowej nie ponosi odpłatności.

2. Usługi opieki wytchnieniowej, w szczególności mogą polegać na czasowym odciążeniu od codziennych obowiązków łączących się ze sprawowaniem opieki, zapewnienie czasu na odpoczynek i regenerację, jak również na załatwienie niezbędnych spraw. Usługi opieki wytchnieniowej mogą służyć również okresowemu zabezpieczeniu

potrzeb osoby niepełnosprawnej w sytuacji, gdy opiekunowie z różnych powodów nie będą mogli wykonywać swoich obowiązków.

3. Czas trwania usługi opieki wytchnieniowej:

a) opieka wytchnieniowa całodobowa – moduł I. - limit **14 dni** dla usługi opieki wytchnieniowej świadczonej w ramach pobytu całodobowego z zastrzeżeniem, że limit ten również dotyczy więcej niż jednego opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad jedną osobą niepełnosprawną oraz opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę dla więcej niż 1 osoby niepełnosprawnej,

b) opieka wytchnieniowa w ramach pobytu dziennego w miejscu zamieszkania – moduł II. - limit **średnio 15 godzin miesięcznie przez 10 miesięcy (łącznie 150 godzin, przez okres od marca do grudnia 2024 r., w przypadku zmiany uczestnika Programu limit godzin ustalany jest proporcjonalnie do czasu pozostałego do końca trwania programu)** dla uczestnika z tym, że limit ten również dotyczy więcej niż jednego opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad jedną osobą niepełnosprawną oraz opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę dla więcej niż 1 osoby niepełnosprawnej.

Niewykorzystane godziny programu opieka wytchnieniowa moduł II w ramach pobytu dziennego ujęte we wniosku gminy mogą zostać przydzielone uczestnikom programu, jeśli zajdzie taka potrzeba (z zachowaniem limitów określonych w programie).

4. Usługi opieki wytchnieniowej dla opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad więcej niż jedną osobą niepełnosprawną muszą być realizowane w tym samym czasie, z zastrzeżeniem zapewnienia indywidualnego wsparcia.

5. Maksymalna długość świadczenia formy nieprzerwalnego pobytu dziennego wynosi 12 godzin dla jednej osoby niepełnosprawnej, z zastrzeżeniem limitów, o których mowa w pkt 3 lit. b) rozdziału IV regulaminu usługi w formie pobytu dziennego mogą być świadczone w godz. 6.00 do 22.00.

6. Pierwsze spotkanie uczestnika z osobą realizującą opiekę wytchnieniową odbywa się w miejscu zamieszkania uczestnika, w obecności pracownika socjalnego z danego rejonu w celu zapoznania osoby objętej usługami i osoby świadczącej usługi.

7. W podejmowanych działaniach osoba realizująca opiekę wytchnieniową ma obowiązek brania pod uwagę potrzeb i preferencji:

a) uczestnika Programu lub opiekuna prawnego;

b) opiekuna prawnego oraz preferencje dziecka niepełnosprawnego z orzeczeniem o niepełnosprawności.

8. Koszt jednej godziny zegarowej wynagrodzenia z tytułu świadczenia usług opieki wytchnieniowej – dziennej nie może przekroczyć więcej niż 50 zł brutto. Przez kwotę brutto rozumie się kwotę wynagrodzenia wraz z kosztami pracy. Przez koszty pracy należy rozumieć sumę wynagrodzeń brutto oraz składek na ubezpieczenie społeczne, Fundusz Pracy poniesionych przez zleceniodawcę.

9. Koszt pobytu całodobowego nie może przekroczyć więcej niż 600 zł brutto za dobę realizacji usług w module I. z tym, że koszty składające się na kwotę nie większą niż 600 zł brutto usługi opieki wytchnieniowej całodobowej, z tym, że kosztami składającymi się na kwotę nie większą niż 600 zł brutto usługi opieki wytchnieniowej całodobowej są:

a) wynagrodzenia personelu instytucji świadczącej usługi opieki wytchnieniowej,
b) dostawa mediów (opłaty za energię elektryczną, cieplną, gazową i wodę, opłaty przesyłowe, opłaty za odprowadzenie ścieków, opłaty za usługi telefoniczne i internetowe),
c) koszty czynszu, najmu, opłat administracyjnych dotyczących lokalu (m.in. wywóz śmieci), w którym sprawowana jest usługa opieki wytchnieniowej,
d) koszty przygotowania i zakupu wyżywienia,
e) koszty związane z utrzymaniem czystości.

10. W terminie do 4 dnia każdego miesiąca następującego po wykonaniu usługi opieki wytchnieniowej, za wyjątkiem miesiąca grudnia 2024 r., kiedy to rozliczenie ma zostać wykonane do 18.12.2024 r., osoba świadcząca usługę (moduł dzienny) dostarcza zespołowi kartę realizacji usług, która stanowi **załącznik nr 9 do niniejszego regulaminu**.

    W przypadku, gdy 4 dzień miesiąca przypada na dzień wolny od pracy, Kartę tą należy dostarczyć w poprzedzający dzień roboczy.

11. Zespół koordynujący sprawdza wykonanie usług na podstawie karty rozliczenia usług, w tym porównuje liczbę zaplanowanych i zrealizowanych godzin z danymi określonymi w piśmie informacyjnym.

12. Osoba wykonująca usługę opieki wytchnieniowej zobowiązana jest w czasie świadczenia usług do posiadania przy sobie zaświadczenia o pełnieniu funkcji opieki wytchnieniowej i okazywanie go na każde żądanie uczestnika programu, domowników, instytucji porządku

publicznego, czy też przedstawicieli Ośrodka Pomocy Społecznej w Międzychodzie. Zaświadczenie to stanowi **załącznik nr 10 do niniejszego regulaminu**.

13. W przypadku braku celowości realizacji usługi z powodu nietrzeźwości np.: uczestnika programu, bycia pod wpływem narkotyków albo innej sytuacji zagrażającej zdrowiu lub życiu osoby realizującej opiekę wytchnieniową, uczestnika Programu, bądź osób trzecich osoba ta może odmówić realizacji usługi.

14. W uzasadnionym przypadku przerwania świadczenia usługi, osoba realizująca opiekę wytchnieniową zobowiązana jest niezwłocznie o tym fakcie poinformować zespół.

## V. NADZÓR I KONTROLA REALIZACJI USŁUGI

1. W celu sprawdzania jakości usług opieki wytchnieniowej i zwiększenia efektywności wykonywanego zadania przez osoby realizujące opiekę wytchnieniową jest ono poddawane doraźnej kontroli i monitoringowi ze strony Zespołu oraz pracowników socjalnych Ośrodka.

2. Osoba realizująca opiekę wytchnieniową dzienną, co trzeci miesiąc sporządza pisemną informację na temat świadczonej usługi. Po sporządzeniu powyższej informacji dokument przekazywany jest zespołowi i pozostaje w aktach klienta. W przypadku wystąpienia nieprawidłowości, zespół podejmuje czynności wyjaśniające oraz podejmuje decyzję, co do wstrzymania wykonania usługi, zawieszenia jej wykonania lub zmiany osoby realizującej opiekę wytchnieniową.

3. Doraźna kontrola i monitoring jest procesem ciągłym realizowanym poprzez:

a) spotkania indywidualne z osobami realizującymi opiekę wytchnieniową – raz w miesiącu,
b) spotkania indywidualne z uczestnikami programu opieki wytchnieniowej raz na cztery miesiące (opieka dzienna),
c) spotkania indywidualne z uczestnikami programu opieki wytchnieniowej po każdorazowym pobycie osoby zależnej w placówce całodobowej (opieka całodobowa),
d) analizę dokumentacji zgromadzonej w związku z realizacją usługi.

4. W przypadku wystąpienia obostrzeń np. związanych z ogłoszonym stanem zagrożenia epidemicznego lub innych przyczyn uniemożliwiających przeprowadzenie kontroli w miejscu zamieszkania uczestnika Programu, dopuszcza się przeprowadzenie kontroli drogą telefoniczną.

## VI. RAMOWY SCHEMAT ZADAŃ PRACOWNIKÓW

1. Zespół koordynujący – zakres realizacji zadań:

a) rekrutacja uczestników do Programu (przyjmowanie wniosków, weryfikacja danych, kwalifikacja do programu, zakładanie akt uczestników oraz prowadzenie ich dokumentacji),
b) prowadzenie rejestru osób oczekujących na wsparcie,
c) prowadzenie naboru osób do realizacji opieki wytchnieniowej,
d) kontrola i monitoring wykonania usług przez osobę realizującą usługę opieki wytchnieniowej na podstawie karty realizacji usług,
e) przygotowanie sprawozdania w zakresie merytorycznym,
f) prowadzenie spraw kadrowych i płacowych opiekunów wykonujących usługę (przygotowanie umów oraz dokumentacji kadrowej i płacowej zgodnie z przepisami oraz regulaminem).

2. Główna księgowa - zakres realizacji zadań:

a) rozliczanie zadań Programu pod względem finansowym,
b) sporządzanie sprawozdania końcowego z realizacji Programu w zakresie finansowym.

3. Pracownicy socjalni Ośrodka - zakres realizacji zadań:

a) udział pracownika socjalnego (z danego rejonu) w pierwszym dniu realizacji usługi: uczestnika oraz osoby realizującej opiekę wytchnieniową w miejscu zamieszkania uczestnika
b) spotkania indywidualne z osobą realizującą opiekę wytchnieniową – co najmniej co trzeci miesiąc,
c) współpraca z zespołem.

4. Specjalista pracy socjalnej – zakres realizacji zadań:

a) przygotowanie dokumentacji zgodnej z Rozporządzeniem 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) – RODO, tj.: klauzul informacyjnych o przetwarzaniu danych osobowych, klauzul poufności, upoważnień do przetwarzania danych osobowych,
b) przygotowanie osobom realizującym usługę pisemnej informacji z zakresu bezpiecznego przetwarzania danych osobowych, a w razie potrzeby zapewnienie wsparcia inspektora ochrony danych,

c) przyjmowanie wniosków oraz uwag w zakresie zapewnienia dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami.

5. W pozostałych sprawach nie wymienionych wyżej, a związanych z realizacją Programu działania będą podejmowane wspólnie z zespołem oraz specjalistą ds. księgowości.

## VII. ZMIANY DO REGULAMINU

Wszelkie zmiany treści niniejszego regulaminu dla swojej ważności wymagają formy pisemnej.

## VIII. SPIS ZAŁĄCZNIKÓW

1. Karta zgłoszenia do Programu uczestnika.
2. Oświadczenie o korzystaniu z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych oraz z innych programów finansowanych z innych źródeł.
3. Oświadczenie o akceptacji opiekuna w ramach opieki wytchnieniowej.
4. Regulamin świadczenia i korzystania z usług opieki wytchnieniowej – edycja 2024.
5. Informacja o zakwalifikowaniu do Programu.
6. Informacja o niezakwalifikowaniu do Programu.
7. Informacja o wpisaniu na listę oczekujących.
8. Zgłoszenie oferty dla kandydata chcącego świadczyć usługę: opiekę wytchnieniową.
9. Karta realizacji usługi opieki wytchnieniowej.
10. Zaświadczenie o pełnieniu funkcji opieki wytchnieniowej.

**Załącznik nr 1**
do Regulaminu wdrażania i realizacji Programu "Opieka wytchnieniowa"
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024
w Ośrodku Pomocy Społecznej w Międzychodzie

KARTA ZGŁOSZENIA
DO PROGRAMU „OPIEKA WYTCHNIENIOWA"
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

**I. Dane osoby ubiegającej się o przyznanie 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, członek rodziny/opiekun ubiega się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej**:

Imię i nazwisko:

……

Data urodzenia:

……

Adres zamieszkania:

……

Rodzaj niepełnosprawności:

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

W jakich czynnościach w szczególności wymagane jest wsparcie:

1. czynności samoobsługowe, w tym utrzymanie higieny osobistej **Tak☐/Nie☐**;
2. prowadzenie gospodarstwa domowego i wypełnianie ról w rodzinie **Tak☐/Nie☐**;
3. przemieszczanie się poza miejscem zamieszkania **Tak☐/Nie☐**;
4. podejmowanie aktywności życiowej i komunikowanie się z otoczeniem **Tak☐/Nie☐**.

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

……

……

……

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

☐ dzienna, miejsce wraz z adresem

……*

☐ całodobowa, miejsce wraz z adresem

……*

☐ w godzinach

……

☐ w dniach

……

**III. Wskazanie osoby, która będzie świadczyła usług opieki wytchnieniowej 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:**

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 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.

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.

---

**Klauzula informacyjna RODO w ramach Programu „Opieka Wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 Ośrodka Pomocy Społecznej w Międzychodzie**

Zgodnie z art.13 i art.14 rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 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 04.05.2016r., str.1, z późn.zm.), zwanego dalej „RODO", informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Ośrodek Pomocy Społecznej w Międzychodzie, z siedzibą Ośrodka przy ul. Juliusza Słowackiego 11, 64-400 Międzychód, ops@opsmiedzychod.pl .
2. We wszystkich sprawach dotyczących ochrony danych osobowych, mają Państwo prawo kontaktować się z naszym Inspektorem Ochrony Danych na adres e-mail: pukaczewski@hotmail.com lub pisemnie na adres siedziby administratora.

3. Celem przetwarzania danych osobowych jest realizacja Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka Wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, tj. w szczególności: weryfikacja uprawnień kandydatów do otrzymania wsparcia w ramach programu, zmierzająca do przyznania przedmiotowej pomocy oraz rozliczenie merytoryczne i finansowe programu (w tym sprawozdawczość).

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, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, przyjętego na podstawie ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym.

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

6. Źródłem pochodzenia danych osobowych mogą być wnioskodawcy, tj. osoby z niepełnosprawnością, rodzice i opiekunowie osób z niepełnosprawnościami oraz osoby zatrudnione/świadczące/realizujące usługi opieki wytchnieniowej.

7. 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 Ośrodek Pomocy Społecznej w Międzychodzie, w szczególności dane osób świadczących/realizujących usługi opieki wytchnieniowej na rzecz uczestników Programu lub opiekunów prawnych mogą być udostępniane Ministrowi Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej lub Wojewodzie Wielkopolskiemu, m.in. do celów sprawozdawczych czy kontrolnych.

8. 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, gdy 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.

9. Podanie danych osobowych w zakresie wynikającym z Karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 oraz w zakresie przewidzianym regulaminem jest dobrowolne, jednak niezbędne do wzięcia udziału w Programie.

**Klauzula informacyjna RODO w ramach Programu „Opieka Wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 Ministra Rodziny, Pracy 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 przetwarzanych w Ministerstwie Rodziny i Polityki Społecznej jest Minister Rodziny i Polityki Społecznej, zwany dalej „Ministrem", mający siedzibę w Warszawie (00-513), ul. Nowogrodzka 1/3/5.

**Dane kontaktowe inspektora ochrony danych osobowych**
W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych prosimy o kontakt z Inspektorem Ochrony Danych, drogą elektroniczną – adres email: iodo@mrips.gov.pl lub pisemnie na adres: ul. Nowogrodzka 1/3/5, 00-513 Warszawa.

**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.

**Załącznik nr 2**
do Regulaminu wdrażania i realizacji Programu "Opieka wytchnieniowa"
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024
w Ośrodku Pomocy Społecznej w Międzychodzie

# OŚWIADCZENIE
# O KORZYSTANIU Z USŁUG OPIEKUŃCZYCH
# LUB SPECJALISTYCZNYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH
# ORAZ Z INNYCH PROGRAMÓW FINANSOWANYCH Z INNYCH ŹRÓDEŁ

Ja .....
(imię i nazwisko uczestnika programu)

oświadczam, że w godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej nie będę korzystać z: usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, z usług finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego lub z innych źródeł.

.....
(data i podpis uczestnika)

Zadanie realizowane w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej ze środków Funduszu Solidarnościowego

**Załącznik nr 3**
do Regulaminu wdrażania i realizacji Programu "Opieka wytchnieniowa"
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024
w Ośrodku Pomocy Społecznej w Międzychodzie

## OŚWIADCZENIE O AKCEPTACJI OPIEKUNA W RAMACH OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ

Ja , niżej podpisana/y

.....
/imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego dziecka z niepełnosprawnością/

Oświadczam, że akceptuję

Panią/Pana.....

Która/y będzie świadczył/a na rzecz dziecka do ukończenia 16 roku życia

.....

Usługę opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024.

.....
/data, podpis rodzica/opiekuna prawnego dziecka z niepełnosprawnością/

**Załącznik nr 4**
do Regulaminu wdrażania i realizacji Programu "Opieka wytchnieniowa"
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024
w Ośrodku Pomocy Społecznej w Międzychodzie

# REGULAMIN ŚWIADCZENIA I KORZYSTANIA Z USŁUG PROGRAM „OPIEKA WYTCHNIENIOWA" DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO - EDYCJA 2024

1. Program „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 realizowany jest przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Międzychodzie na podstawie umowy zawartej w roku 2024, pomiędzy Gminą Międzychód, a Wojewodą Wielkopolskim. Program jest finansowany z Funduszu Solidarnościowego. Realizacja Programu odbywać się będzie zgodnie z założeniami Programu „Opieka Wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024. Ponadto zgodnie z wytycznymi Programu Ośrodek celem poinformowania członków rodziny lub opiekunów osób niepełnosprawnych o prawach i obowiązkach wynikających z przyznania usług opieki wytchnieniowej przygotował niniejszy Regulamin świadczenia i korzystania z usług, zwany dalej „regulaminem".
2. Usługi opieki wytchnieniowej są realizowane na terenie Gminy Międzychód.
3. Odbiorcami usług są członkowie rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad:

a) dziećmi do ukończenia 16 roku życia posiadającymi orzeczenie o niepełnosprawności, lub
b) osobami z niepełnosprawnościami posiadającymi:
   - orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, albo
   - 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,

będącymi mieszkańcami gminy Międzychód, poprzez możliwość uzyskania doraźnej, czasowej pomocy w formie usługi opieki wytchnieniowej.

4. Usługi realizowane są przez osoby realizujące opiekę wytchnieniową, które nawiążą współpracę z Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Międzychodzie, zwanYM dalej „realizatorem" – w przypadku opieki dziennej w miejscu zamieszkania. W przypadku opieki całodobowej realizator świadczyć będzie usługę przy wsparciu placówki/ośrodka, o którym mowa w karcie zgłoszenia do Programu.
5. W ramach Programu uczestnik w tym samym czasie nie może korzystać z usług opiekuńczych, ani specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie o

pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r. oraz z innych usług w ramach programów/projektów współfinansowanych z innych źródeł.

6. Realizator Programu nie ponosi odpowiedzialności za ewentualne szkody powstałe w czasie świadczenia usługi, wynikające z działania osób niezatrudnionych do realizacji usługi, bądź powstałe w czasie świadczenia usługi w placówce/ośrodku wparcia.
7. Zarówno uczestnik, jak i osoba wykonująca usługę opieki wytchnieniowej ma prawo odmówić świadczenia usługi:

a) w sytuacjach zagrażających życiu lub zdrowiu klienta, opiekuna lub osób trzecich,
b) z powodu nietrzeźwości uczestnika Programu, bycia pod wpływem narkotyków albo innej sytuacji zagrażającej zdrowiu lub życiu asystenta, uczestnika Programu, bądź osób trzecich.

W przypadku, gdy wsparcie odbywa się w placówce/ośrodku, gdzie świadczone są usługi opieki wytchnieniowej całodobowej zasady określa regulamin wewnętrzny tej jednostki, bądź inny dokument.

8. Zakres świadczonych usług na rzecz uczestnika:

– opieka wytchnieniowa ma za zadanie odciążenie członków rodzin lub opiekunów osób niepełnosprawnych poprzez wsparcie ich w codziennych obowiązkach lub zapewnienie czasowego zastępstwa. Usługa opieki wytchnieniowej dla osób niepełnosprawnych dorosłych może służyć również okresowemu zabezpieczeniu potrzeb osoby niepełnosprawnej w sytuacji, gdy opiekunowie z różnych powodów nie będą mogli wykonywać swoich obowiązków.

9. Usługi mogą być realizowane przez 7 dni w tygodniu, w godzinach od 6:00 do 22:00.
10. Limit godzin:

a) <u>opieka wytchnieniowa całodobowa – moduł I</u> - limit 14 dni dla usługi opieki wytchnieniowej świadczonej w ramach pobytu całodobowego, z zastrzeżeniem limit ten również dotyczy więcej niż jednego opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad jedną osobą niepełnosprawną oraz opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę dla więcej niż 1 osoby niepełnosprawnej;
b) <u>opieka wytchnieniowa w ramach pobytu dziennego w miejscu zamieszkania – moduł II</u> wynosi średnio 15 godzin miesięcznie przez 10 miesięcy (łącznie 150 godzin, przez okres od marca do grudnia 2024 r., w przypadku zmiany uczestnika programu limit godzin ustalony jest proporcjonalnie do czasu pozostałego do końca trwania programu), z tym, że limit ten również dotyczy więcej niż jednego opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad jedną osobą niepełnosprawną oraz opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę dla więcej niż 1 osoby niepełnosprawnej.

11. Należność za usługę pokrywana jest przez realizatora Programu, co oznacza, że uczestnik, ani jego opiekun prawny nie ponoszą opłat za usługi świadczone przez osobę realizującą opiekę wytchnieniową w ramach programu.

12. Osoba realizująca opiekę wytchnieniową, moduł dzienny nie może angażować się w rozwiązywanie problemów rodzinnych i osobistych uczestnika w zakresie szerszym niż jest to związane ze świadczeniem usługi opieki wytchnieniowej.
13. Zarówno uczestnik, jak i osoba realizująca opiekę wytchnieniową mają obowiązek traktować siebie nawzajem z szacunkiem.
14. Wszelkie nieporozumienia, wynikające ze świadczenia usług opieki wytchnieniowej (zarówno moduł I jak i II), uczestnik i opiekun/placówka zobowiązani są wyjaśnić: w pierwszej kolejności między sobą, w przypadku braku możliwości porozumienia – przy pomocy zespołu koordynującego.
15. O wszelkich zmianach mających wpływ na prawo i warunki korzystania z usługi opieki wytchnieniowej w ramach programu (np. utrata statusu osoby z niepełnosprawnością, zmiana stopnia niepełnosprawności, korzystanie w danym roku kalendarzowym z usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach innych programów dotyczących usług opieki wytchnieniowej), uczestnik Programu jest obowiązany niezwłocznie poinformować Ośrodek Pomocy Społecznej w Międzychodzie, nie później niż w ciągu 7 dni od dnia nastąpienia zmiany.
16. Przypadki złamania zasad niniejszego regulaminu powinny być niezwłocznie zgłaszane do zespołu koordynującego.
17. Regulamin wchodzi w życie od pierwszego dnia rozpoczęcia świadczenia usługi przez osobę realizującą opiekę wytchnieniową u uczestnika programu i obowiązuje na czas trwania programu, tj. do 31.12.2024 r. - zarówno uczestnika Programu, jak i opiekuna.
18. Realizator Programu zastrzega sobie prawo do wprowadzenia zmian do regulaminu lub ujęcia w nim dodatkowych postanowień.
19. O sprawach nieuregulowanych w niniejszym regulaminie ostatecznie decyduje realizator Programu.

Zapoznałam/zapoznałem się w z powyższym regulaminem

.....
(data i podpis)

**Załącznik nr 5**
do Regulaminu wdrażania i realizacji Programu "Opieka wytchnieniowa"
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024
w Ośrodku Pomocy Społecznej w Międzychodzie

Międzychód, dnia……..

Pani/Pan

……

Nasz znak: OPS

INFORMACJA O ZAKWALIFIKOWANIU DO PROGRAMU
„OPIEKA WYTCHNIENIOWA" DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO – EDYCJA 2024

W związku ze złożonym przez Panią/Pana wnioskiem w formie karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024: moduł dzienny/moduł całodobowy, a który wpłynął do Ośrodka dnia ……. - Ośrodek Pomocy Społecznej w Międzychodzie informuje, że zespół koordynujący zakwalifikował Panią/Pana do uczestnictwa w w/w Programie.

W odrębnym piśmie zostanie Pani/Pan poinformowana:

a) w przypadku modułu: opieka dzienna – o przydzieleniu osoby świadczącej usługę opieki wytchnieniowej z wyszczególnieniem zaplanowanych dla Pani/Pan godzin,
b) w przypadku modułu opieka całodobowa – o akceptacji miejsca świadczenia usługi wskazanym przez Panią/Pana.

……
(data i podpis)

**Załącznik nr 6**
do Regulaminu wdrażania i realizacji Programu "Opieka wytchnieniowa"
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024
w Ośrodku Pomocy Społecznej w Międzychodzie

Nasz znak: OPS……

Pani/Pan

……

INFORMACJA O NIEZAKWALIFIKOWANIU
DO PROGRAMU „OPIEKA WYTCHNIENIOWA”
dla JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO – EDYCJA 2024

W związku ze złożonym przez Panią/Pana wnioskiem w formie karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, moduł dzienny/moduł całodobowy, a który wpłynął do Ośrodka dnia ……. – Ośrodek Pomocy Społecznej w Międzychodzie informuje, że Zespół koordynujący NIE ZAKWALIFIKOWAŁ Pani/Pana do uczestnictwa w w/w Programie.

Uzasadnienie odmowy kwalifikacji

……

……

……
(data i podpis)

**Załącznik nr 7**
do Regulaminu wdrażania i realizacji Programu "Opieka wytchnieniowa"
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024
w Ośrodku Pomocy Społecznej w Międzychodzie

Nasz znak: OPS…….

Pani/Pan

……

INFORMACJA O ZAKWALIFIKOWANIU
DO PROGRAMU „OPIEKA WYTCHNIENIOWA”
dla JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO – EDYCJA 2024
I WPISANIU NA LISTĘ OSÓB OCZEKUJĄCYCH

W związku ze złożonym przez Panią/Pana wnioskiem w formie karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024, moduł dzienny/moduł całodobowy, a który wpłynął do Ośrodka dnia ……. - Ośrodek Pomocy Społecznej w Międzychodzie informuje, że Zespół koordynujący zakwalifikował Panią/Pana do uczestnictwa w w/w Programie.

Z uwagi na ograniczoną liczbę osób, które możemy objąć w/w wsparciem została Pani/Pan wpisana/-y na listę osób oczekujących.

.....
(data, podpis)

**Załącznik nr 8**
do Regulaminu wdrażania i realizacji Programu "Opieka wytchnieniowa"
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024
w Ośrodku Pomocy Społecznej w Międzychodzie

# ZGŁOSZENIE OFERTY: OPIEKUN - USŁUGA OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ W RAMACH PROGRAMU „OPIEKA WYTCHNIENIOWA" DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO - edycja 2024. Moduł II: opieka dzienna

.....
miejscowość, data

I. DANE OSOBOWE KANDYDATA NA OPIEKUNA – USŁUGĘ OPIEKI WYTCHNENIOWEJ:

Imię (imiona) i nazwisko .....

Data urodzenia .....

Dane kontaktowe .....

**III.** KOPIA DOKUMNETÓW DOTYCZĄCA UPRAWNIEŃ, O KTÓRYCH MOWA W PROGRAMIE „OPIEKA WYTCHNIENIOWA" dla JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO – EDYCJA 2024, tj.:
**proszę podkreślić, które dokumenty zostały załączone do oferty:**

1. dyplom potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie: asystent osoby niepełnosprawnej/pielęgniarka, siostra PCK, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, fizjoterapeuta lub
2. dokumenty potwierdzające co najmniej 6–miesięczne doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami, w tym np.: doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w formie wolontariatu itp.
3. inne dokumenty/informacje

.....

.....

**III. OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że w/w dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

.....
Data, podpis

**IV. OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH.**

Zadanie realizowane w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej ze środków Funduszu Solidarnościowego

Na podstawie art. 6 ust. 1 lit a. 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 tych danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych), oświadczam, że **wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych** zawartych w zgłoszeniu oferty: opiekun – usługa opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu terytorialnego - edycja 2024, **w celu wykorzystania ich w przyszłych naborach na opiekuna – usługę opieki wytchnieniowej** przeprowadzanych przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Międzychodzie, przez okres do końca grudnia 2024 roku.

.....

**Wyrażam zgodę** – data, podpis uczestnika lub opiekuna prawnego

.....

**Cofam zgodę** – data, podpis uczestnika lub opiekuna prawnego

**KLAUZULA INFORMACYJNA RODO**

Zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 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 (dalej RODO) (Dz. Urz. UE L 119) informujemy o obowiązujących od dnia 25 maja 2018r. zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz przysługujących Pani/Panu prawach z tym związanych.

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Ośrodek Pomocy Społecznej w Międzychodzie, z siedzibą Ośrodka przy ul. Juliusza Słowackiego 11, 64-400 Międzychód.

2. Inspektorem Ochrony Danych w Ośrodku Pomocy Społecznej w Międzychodzie, jest Pan Krzysztof Pukaczewski, z którym można skontaktować się pod adresem pukaczewski@hotmail.com lub pod adresem administratora.

3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu oceny oferty z zamiarem zawarcia umowy i jej późniejszej realizacji na zasadach przewidzianych w Programie „Opieka Wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, co wyczerpuje przesłanki legalizujące przetwarzanie opisane w art. 6 ust. 1 lit. b RODO.

4. Jeżeli wskutek współpracy będziemy musieli przetwarzać Pani/Pana dane szczególnej kategorii, takie jak dane dotyczące zdrowia i/lub dane karne to podstawą ich przetwarzania będzie art. 9 ust. 2 lit. b RODO, tj. przetwarzanie może być konieczne dla wykonania ciążących na nas obowiązków oraz praw wynikających z przepisów sektorowych. Osoby, z którymi Administrator podpisze umowę, a będą świadczyć usługę na rzecz dzieci do 16 roku życia Administrator ma obowiązek weryfikacji osoby w Rejestrze Sprawców przestępstw na tle seksualnym.

5. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą pracownicy zatrudnieni przez administratora, którzy będą bezpośrednio odpowiedzialni za przetwarzanie danych, tacy jak pracownicy ds. kadrowych, informatycy oraz księgowi. Ponadto dane mogą zostać przetwarzane na podstawie podpisanych umów przez podmioty świadczące usługi, w szczególności w zakresie porad prawnych, banki. Dane mogą

zostać również udostępnione m.in. do celów sprawozdawczych, czy kontrolnych przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej oraz Wielkopolski Urząd Wojewódzki.

6. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane do momentu wyboru najkorzystniejszej oferty. Po tym czasie dane osobowe wynikające z najkorzystniejszej oferty zostaną wykorzystane do zawarcia i realizacji umowy, a dane z pozostałych ofert ulegną niezwłocznemu usunięciu. W przypadku, gdy wyrazi Pani/Pan dobrowolnie zgodę na dalsze przetwarzanie danych celem przyszłej rekrutacji, dane będą przechowywane nie dłużej niż do zakończenia Programu, tj. do końca grudnia 2024 roku.

7. Przysługuje Pani/Panu na zasadach art. 15-21 RODO prawo do żądania od Administratora:
- dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania,
- wnoszenia sprzeciwu wobec ich przetwarzania,
- przenoszenia danych.

8. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi na przetwarzanie danych osobowych do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

9. Podanie danych osobowych jest wymogiem umownym, a konsekwencją niepodania danych osobowych wymaganych przez Administratora jest brak możliwości zawarcia i wykonania umowy.

**Załącznik nr 9**
do Regulaminu wdrażania i realizacji Programu "Opieka wytchnieniowa"
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024
w Ośrodku Pomocy Społecznej w Międzychodzie

# 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 (opiekuna prawnego/członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością:

Imię i nazwisko:

……

Data urodzenia:

……

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 dot. realizowanych usług opieki wytchnieniowej:

1. Opieka wytchnieniowa przyznana w formie: dziennej, całodobowej*
2. Opieka wytchnieniowa przyznana w wymiarze:……

Zadanie realizowane w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej ze środków Funduszu Solidarnościowego

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | | | | | | |
| 2. | | | | | | |
| 3. | | | | | | |
| 4. | | | | | | |
| 5. | | | | | | |
| 6. | | | | | | |
| 7. | | | | | | |
| 8. | | | | | | |
| 9. | | | | | | |
| 10. | | | | | | |

4. Łączna liczba godzin/dni świadczonej opieki wytchnieniowej w formie:
1) dziennej wynosi ……..godzin,
2) całodobowej wynosi …….dni.

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 usług

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 niepełnosprawności

*Należy podkreślić realizowaną formę usług

**Załącznik nr 10**
do Regulaminu wdrażania i realizacji Programu "Opieka wytchnieniowa"
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024
w Ośrodku Pomocy Społecznej w Międzychodzie

# ZAŚWIADCZENIE O PEŁNIENIU FUNKCJI OSOBY REALIZUJĄCEJ OPIEKĘ WYTCHNIENIOWĄ

Zaświadcza się, że Pan/Pani:

……

pełni funkcję osoby realizującej opiekę wytchnieniową w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, w Ośrodku Pomocy Społecznej w Międzychodzie, z siedzibą Ośrodka przy ul. Juliusza Słowackiego 11, 64-400 Międzychód.

**TERMIN WAŻNOŚCI ZAŚWIADCZENIA *:**

od ……. – 18 grudnia 2024 roku

……
Data, pieczęć i podpis Dyrektora
lub osoby upoważnionej