



## **Regulamin rekrutacji i realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 w Gminie Miasto Marki**

### **Podstawa prawna:**

- art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2023 r., poz. 647),
- art. 17 ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 901, 1693, 1938, 2760).

### **§1 Postanowienia ogólne**

1. Głównym celem Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, zwanym dalej „Programem”, jest wsparcie członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad:

- 1) dziećmi do ukończenia 16. roku życia posiadającymi orzeczenie o niepełnosprawności; lub
- 2) osobami z niepełnosprawnościami 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 (Dz. U. z 2024 r. poz. 44);

– którzy wymagają usług opieki wytchnieniowej.

2. Usługa opieki wytchnieniowej polega na okresowym odciążeniu od codziennych obowiązków łączących się ze sprawowaniem opieki nad osobą z niepełnosprawnością przez zapewnienie czasowego zastępstwa w tym zakresie. Dzięki temu wsparciu, osoby zaangażowane na co dzień w sprawowanie opieki nad



osobą z niepełnosprawnością dysponować będą czasem, który mogą przeznaczyć na odpoczynek i regenerację, jak również na załatwienie niezbędnych spraw życiowych. Usługi opieki wytchnieniowej mogą służyć również okresowemu zabezpieczeniu potrzeb osoby z niepełnosprawnością w sytuacji, gdy członkowie rodzin lub opiekunowie z różnych powodów nie będą mogli wykonywać swoich obowiązków.

3. Program jest skierowany do mieszkańców miasta Marki.
4. Program będzie realizowany do 31 grudnia 2024 r.
5. Jednostką realizującą Program jest Ośrodek Pomocy Społecznej w Markach zwany dalej Ośrodkiem.

## **§2 Rekrutacja do Programu**

1. W 2024 r. usługami opieki wytchnieniowej w Programie zostanie objętych 12 osób, członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad:
  - 1) 10 dzieci do ukończenia 16. roku życia posiadającymi orzeczenie o niepełnosprawności;
  - 2) 2 osoby dorosłe ze znacznym stopniem niepełnosprawności.
2. Usługi opieki wytchnieniowej w Gminie Miasto Marki w 2024 r. będą świadczone w formie pobytu dziennego w miejscu zamieszkania, po wyrażeniu uprzedniej zgody przez Ośrodek.
3. Uczestnikiem Programu może zostać osoba, która spełnia następujące kryteria:
  - 1) jest członkiem rodziny/opiekunem zamieszkującym we wspólnym gospodarstwie domowym i sprawującym bezpośrednią opiekę nad:
    - a) dzieckiem do ukończenia 16. roku życia posiadającymi orzeczenie o niepełnosprawności,
    - b) osobą posiadającą orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, albo 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,



- 2) złoży wymagane dokumenty rekrutacyjne, tj. kartę zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, stanowiącą załącznik nr 1 do Regulaminu wraz z kserokopią aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności/o niepełnosprawności.
4. Złożenie dokumentów rekrutacyjnych nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Programie.
5. Przy kwalifikacji do udziału w Programie w pierwszej kolejności uwzględnione zostaną potrzeby członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, 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; weryfikacja spełniania kryterium nastąpi na podstawie oświadczenia osoby zainteresowanej udziałem w Programie stanowiącym załącznik numer 2 do regulaminu. Oświadczenie jest dokumentem obowiązkowym dla osób zgłaszających chęć udziału w Programie.
6. Beneficjent przyznając usługi opieki wytchnieniowej będzie brał pod uwagę stan zdrowia i sytuację życiową uczestników Programu oraz osób z niepełnosprawnościami.
7. Dokumenty, o których mowa powyżej, w Ośrodku Pomocy Społecznej w Markach, ul. Kościuszki 39a, 05-270 Marki, w godzinach urzędowania lub za pośrednictwem profilu zaufanego ePUAP.
8. Do udziału w Programie kwalifikuje pracownik socjalny.
9. O udziale w Programie decyduje kolejność zgłoszeń oraz pierwszeństwa udziału wymienione w §5.
10. Nabór osób chętnych do udziału w Programie jest prowadzony w sposób ciągły do wyczerpania liczby miejsc/limitu godzin. Osoby zgłoszone do Programu po wyczerpaniu liczby miejsc/limitu godzin zostaną wpisane na listę rezerwową. W przypadku rezygnacji osoby zakwalifikowanej do Programu będzie zapraszana kolejna osoba z listy rezerwowej.
11. O wynikach rekrutacji osoby zakwalifikowane do udziału w Programie zostaną poinformowane pisemnie.



12. Kolejne zgłoszenia potrzeb usług opieki wytchnieniowej, osób zakwalifikowanych do Programu, po wyczerpaniu przysługującego limitu godzin, mogą być przyjęte osobiście, telefonicznie, drogą pisemną lub za pomocą poczty elektronicznej.

13. W sytuacji nagłej/losowej/interwencyjnej usługa opieki wytchnieniowej może być przyznana bez „Karty zgłoszenia do Programu *Opieka wytchnieniowa* dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024”. Dokument ten musi zostać uzupełniony niezwłocznie w terminie nie dłuższym niż 3 dni robocze od momentu udzielenia pomocy.

14. W przypadku zmiany miejsca zamieszkania/pobytu osoba wraz z „Kartą zgłoszenia do Programu *Opieka wytchnieniowa* dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024” składa oświadczenie o wcześniejszym korzystaniu z usług opieki wytchnieniowej w innej gminie.

### **§3 Zasady uczestnictwa w Programie**

1. W ramach Programu w 2024 r. limit godzin dla jednej osoby wynosi nie więcej niż 227.

2. Limit, o którym mowa w ust. 1, dotyczy również:

- 1) członka rodziny osoby z niepełnosprawnością lub opiekuna osoby z niepełnosprawnością sprawującego bezpośrednią opiekę nad więcej niż jedną osobą z niepełnosprawnością;
- 2) więcej niż jednego członka rodziny osoby z niepełnosprawnością lub więcej niż jednego opiekuna osoby z niepełnosprawnością sprawujących bezpośrednią opiekę nad więcej niż jedną osobą z niepełnosprawnością.

3. Usługi opieki wytchnieniowej dla członka rodziny (członków rodziny) lub opiekuna (opiekunów) sprawującego bezpośrednią opiekę nad więcej niż jedną osobą z niepełnosprawnością muszą być realizowane w tym samym czasie, z zastrzeżeniem zapewnienia adekwatnej opieki, stosownie do potrzeb osoby z niepełnosprawnością.

4. Usługi opieki wytchnieniowej przysługują w przypadku zamieszkiwania członka rodziny lub opiekuna we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą



z niepełnosprawnością, która wymaga stałej opieki w zakresie potrzeb życia codziennego.

5. Aktywność zawodowa, nie wyklucza członka rodziny lub opiekuna z możliwości uzyskania usługi opieki wytchnieniowej.

6. Na potrzeby realizacji usług w Programie za członków rodziny osoby z niepełnosprawnością uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością. Na potrzeby realizacji Programu za opiekuna osoby z niepełnosprawnością uznaje się opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad osobą posiadającą orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności oraz opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad dzieckiem do ukończenia 16. roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności (w tym opiekuna sprawującego opiekę w ramach rodziny zastępczej i rodzinnego domu dziecka).

7. Rodzaj i zakres godzinowy usług opieki wytchnieniowej jest uzależniony od osobistej sytuacji osoby z niepełnosprawnością z uwzględnieniem stopnia i rodzaju niepełnosprawności uczestnika Programu.

8. Usługa opieki wytchnieniowej może być realizowana od poniedziałku do niedzieli, w godzinach od 6.00 do 22.00 z zastrzeżeniem, iż jednego dnia usługa może być świadczona maksymalnie do 12 godzin dla jednej osoby. Jako godzinę należy rozumieć 60 minut.

9. Członek rodziny lub opiekun sprawujący bezpośrednią opiekę nad dzieckiem/osobą niepełnosprawną, którym przyznano pomoc w postaci usługi opieki wytchnieniowej nie ponosi odpłatności za usługę przyznaną w ramach Programu.

10. Osobie z niepełnosprawnością lub członkowi rodziny/opiekunowi sprawującemu bezpośrednią opiekę nad dziećmi z orzeczeniem o niepełnosprawności lub nad osobami ze znacznym stopniem niepełnosprawności lub orzeczeniem traktowanym na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, przysługuje prawo samodzielnego wyboru osoby, która będzie świadczyć usługę opieki wytchnieniowej. Korzystając z prawa wskazania opiekuna



należy wypełnić punkt III „Karty zgłoszenia do Programu *Opieka wytchnieniowa* dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024”.

11. Jeżeli opiekun nie zostanie wskazany przez uczestnika Programu, zostaje on wybrany spośród osób spełniających wymagania określone w ust. 13.

12. W przypadku gdy usługi opieki wytchnieniowej będą świadczone na rzecz dzieci zakwalifikowanych do Programu, od opiekunów wymagane jest również:

- 1) zaświadczenie o niekaralności;
- 2) pisemna informacja o niefigurowaniu w Rejestrze Sprawców Przepięstw na Tle Seksualnym;
- 3) pisemna akceptacja osoby opiekuna ze strony rodzica lub opiekuna prawnego dziecka z niepełnosprawnością.

13. Usługi opieki wytchnieniowej mogą świadczyć osoby, które posiadają:

- a) dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie: asystent osoby niepełnosprawnej, pielęgniarka, siostra PCK, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, fizjoterapeuta; lub
- b) co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami, np. doświadczenie zawodowe, doświadczenie w udzielaniu wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w formie wolontariatu. Posiadanie przedmiotowego doświadczenia może zostać udokumentowane pisemnym oświadczeniem podmiotu, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami. Podmiotem tym może być również osoba fizyczna (a więc nie tylko osoba prawna, czy jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej), która zleciła udzielenie bezpośredniej pomocy osobie z niepełnosprawnością. Ocena posiadania przez osobę doświadczenia w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami należy do realizatora Programu

14. Usługi opieki wytchnieniowej nie mogą być świadczone przez osoby będące członkami rodziny osoby z niepełnosprawnością, opiekunami osoby z niepełnosprawnością lub osobami faktycznie zamieszkującymi razem z osobą z niepełnosprawnością.



15. Usługi opieki wytchnieniowej są realizowane na rzecz osoby z niepełnosprawnością i w skutek jej decyzji lub decyzji opiekuna prawnego, a nie dla poszczególnych członków rodziny osoby niepełnosprawnej.
16. Opiekun ewidencjonuje usługi opieki wytchnieniowej na podstawie Karty realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.
17. 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.

#### **§4 Postanowienia końcowe**

1. W przypadku zmiany miejsca zamieszkania/pobytu, uczestnik Programu planujący kontynuować udział w Programie składa do gminy/powiatu w nowym miejscu zamieszkania/pobytu, Kartę zgłoszenia do Programu oraz oświadczenie o dotychczasowej formie świadczenia usług opieki wytchnieniowej (w ramach pobytu dziennego/w ramach pobytu całodobowego) i o dotychczasowym wymiarze przyznanej usługi opieki wytchnieniowej (liczba godzin/liczba dni).
2. Członek rodziny osoby z niepełnosprawnością lub opiekun osoby z niepełnosprawnością może korzystać z usług opieki wytchnieniowej na terenie innej gminy lub innego powiatu niż gmina lub powiat właściwe ze względu na jego miejsce zamieszkania i miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością, nad którą sprawuje bezpośrednią opiekę, jeżeli gmina lub powiat właściwe ze względu na jego miejsce zamieszkania i miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością nie przystąpiła/ł do realizacji Programu lub jeżeli gmina lub powiat właściwe ze względu na jego miejsce zamieszkania i miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością przystąpiła/ł do realizacji Programu ale wyczerpane zostały środki z Funduszu



przyznane tej gminie lub powiatowi na realizację Programu, pod warunkiem zawarcia porozumienia pomiędzy właściwymi jednostkami samorządu terytorialnego.

3. Ośrodek jest obowiązany monitorować świadczenie usług opieki wytchnieniowej oraz dokonywać doraźnych kontroli świadczenia usług opieki wytchnieniowej. Czynności w zakresie kontroli i monitorowania, dokonywane i dokumentowane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług opieki wytchnieniowej w formie pisemnej lub elektronicznej.
4. O wszelkich zmianach mających wpływ na prawo i warunki korzystania z usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu (np. utrata statusu osoby z niepełnosprawnością, zmiana stopnia niepełnosprawności, korzystanie w 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 lub inny podmiot, któremu zlecono realizację usług opieki wytchnieniowej, nie później niż w ciągu 7 dni od dnia nastąpienia zmiany.
5. Osoba zakwalifikowana do Programu jest zobowiązany do respektowania zasad niniejszego regulaminu.
6. W przypadku zaistnienia sytuacji nieuregulowanych niniejszym regulaminem, decyzje co do rozstrzygnięć podejmuje Kierownik Ośrodka.





Załącznik nr 1 do Regulamin rekrutacji i realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa”  
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024 w Gminie Miasto Marki

**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 oponowa – rdzeniowa)
2. dysfunkcja narządu wzroku
3. zaburzenia psychiczne
4. dysfunkcje o podłożu neurologicznym
5. dysfunkcja narządu mowy i słuchu
6. pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne

W jakich czynnościach w szczególności wymagane jest wsparcie:

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

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

---

---

---

---

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

dzienna, miejsce wraz z adresem

\_\_\_\_\_\*



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej



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 Programie „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:
  - za uprzednią zgodą gminy/powiatu, miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
  - mieszkanie treningowe lub wspomagane (z wyłączeniem dzieci do ukończenia 16. roku życia posiadających orzeczenie o niepełnosprawności),
  - ośrodek wsparcia,
  - rodzinny domu pomocy,
  - dom pomocy społecznej świadczący usługi wsparcia krótkoterminowego w formie pobytu całodobowego,
  - dom pomocy społecznej prowadzony przez podmioty niepubliczne, o których mowa w art. 57 ust. 1 pkt 2-4 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,
  - w placówka zapewniająca całodobową opiekę, o której mowa w ustawie z dnia z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,



- 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,
- 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 OSOBY KORZYSTAJĄCE Z OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ**

### **Administrator Danych Osobowych**

Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Ośrodek Pomocy Społecznej z siedzibą w Markach (05-270), przy ul. Kościuszki 39A. Można się z nami skontaktować:

- listownie, przesyłając korespondencję na nasz adres,
- telefonicznie, pod nr. telefonu: **22 771 30 23**,
- mailowo, przesyłając korespondencję na adres: [ops@marki.pl](mailto:ops@marki.pl).

### **Inspektor Ochrony Danych**

Powołaliśmy Inspektora Ochrony Danych Osobowych, z którym można się skontaktować:

- listownie, przesyłając korespondencję na nasz adres (z dopiskiem „IOD”),
- mailowo, przesyłając korespondencję na adres: [iod@opsmarki.pl](mailto:iod@opsmarki.pl).

### **Źródło danych**

W przypadku osoby niepełnosprawnej wskazanej we wniosku, dane zostały pozyskane od osoby ubiegającej się o przyznanie opieki wytchnieniowej (opiekuna osoby niepełnosprawnej sprawującej bezpośrednią i stałą opiekę)

### **Cel i podstawa przetwarzania danych osobowych**

Pana/Pani dane osobowe przetwarzane będą wyłącznie w celu:

- realizacji obowiązku prawnego ciążącego na nas, zgodnie z art. 6 ust 1 lit c RODO, w związku z ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach - archiwizacja dokumentów,
- realizacji obowiązków wynikających z art. 6 ust 1 lit e RODO, w związku z wykonywaniem zadań realizowanych w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej wynikających z art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym oraz programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego
- realizacji ważnego interesu publicznego, wynikającego z art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym oraz programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego, zgodnie z art. 9 ust 2 lit g RODO.

### **Odbiorcy danych**

Odbiorcami Pana/Pani danych osobowych mogą być: Minister Rodziny i Polityki Społecznej, Wojewoda Mazowiecki, kancelaria prawna, w przypadku wystąpienia roszczeń oraz podmioty współpracujące z nami w związku ze świadczeniem usług:

- hostingowych,
- dostawcy rozwiązań informatycznych oraz oprogramowania.

### **Okres retencji danych**

Pana/Pani dane osobowe będą przez okres:

- 10 lat zgodnie z Jednolitym Rzeczym Wykazem Akt w oparciu o ustawę z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach,
- do czasu przedawnienia roszczeń lub wniesienia skutecznego sprzeciwu.

### **Przysługujące prawa**

W związku z przetwarzaniem danych osobowych przysługują Panu/Pani następujące prawa:

- prawo dostępu do treści swoich danych,
- prawo do sprostowania danych,
- prawo do usunięcia danych w przypadku gdybyśmy je przetwarzali bez podstawy prawnej,
- prawo ograniczenia przetwarzania,
- prawo wniesienia sprzeciwu,
- prawo wniesienia skargi do UODO (ul. Stawki 2 00-193 Warszawa), gdy uzna Pan/Pani, iż przetwarzanie danych osobowych Pana/Pani dotyczących narusza przepisy RODO.

### **Dobrowolność podania danych**

Podanie danych jest niezbędne do udziału w projekcie. Niepodanie danych wyklucza możliwość uczestnictwa w projekcie.



Załącznik nr 2 do Regulamin rekrutacji i realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa”  
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024 w Gminie Miasto Marki

### Oświadczenie o korzystaniu z usług

Ja niżej podpisany/podpisana \_\_\_\_\_  
oświadczam, iż osoba, nad którą sprawuję bezpośrednią opiekę

\_\_\_\_\_ (proszę podać imię  
i nazwisko osoby) 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.

Miejscowość \_\_\_\_\_, data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)