

z dnia 02.01.2025r.

## REGULAMIN

### naboru, uczestnictwa i realizacji Programu: „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025 finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego.

#### § 1. Postanowienia ogólne

1. Niniejszy dokument zwany dalej „Regulaminem” określa warunki naboru, uczestnictwa i realizacji Programu: „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.
2. Program „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025., zwany dalej „Programem” realizowany jest na podstawie umowy zawieranej w pomiędzy Gminą Bukowsko reprezentowaną przez Dyrektora Centrum Usług Społecznych w Bukowsku a Wojewodą Podkarpackim w sprawie wysokości i trybu przekazywania w 2025 roku środków Funduszu Solidarnościowego, zwanego dalej „Funduszem” na realizację zadania w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej.
3. Głównym celem Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025., zwanym dalej „Programem”, jest wsparcie członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad:
  - a) dziećmi do 16. roku życia posiadającymi orzeczenie o niepełnosprawności,
  - b) osobami ze znacznym stopniem niepełnosprawności oraz orzeczeniami równoważnymi, – poprzez możliwość uzyskania doraźnej, czasowej pomocy w formie usługi opieki wytchnieniowej tj. odciążenie od codziennych obowiązków łączących się ze sprawowaniem opieki nad osobą z niepełnosprawnością przez zapewnienie czasowego zastępstwa w tym zakresie.
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 wytchnieniowej.
4. Program będzie realizowany w formie świadczenia usług opieki wytchnieniowej w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej.
5. Usługa opieki wytchnieniowej polega na czasowym odciążeniu opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobami niepełnosprawnymi od codziennych obowiązków łączących się ze sprawowaniem opieki, jak również zapewnieniu opiekunom czasu na odpoczynek i regenerację.
6. Program jest skierowany do mieszkańców gminy Bukowsko.
7. Program będzie realizowany od 17 lutego 2025r. do 19 grudnia 2025r.

8. Jednostką realizującą Program jest Centrum Usług Społecznych w Bukowsku. Za rekrutację uczestników do Programu oraz koordynację działań i nadzór nad realizacją Programu odpowiada Centrum Usług Społecznych w Bukowsku zwany dalej CUS.

## **§ 2. Rekrutacja do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**

1. Nabór uczestników do Programu: „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 prowadzony jest w terminie **od 09 stycznia 2025r. do 22 stycznia 2025r.**

2. W 2025 r. planuje się usługami opieki wytchnieniowej objąć 5 osób, w tym:

a) 2 opiekunów osób z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, którym będą świadczone usługi opieki wytchnieniowej w formie pobytu dziennego w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością (**str. 10 wniosku**);

b) 3 opiekunów dzieci do 16 roku życia posiadających orzeczenie o niepełnosprawności, którym będą świadczone usługi opieki wytchnieniowej w formie pobytu dziennego w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością (**str. 10 wniosku**);

3. Celem zgłoszenia się do udziału w Programie należy złożyć następujące dokumenty rekrutacyjne:

a) wypełniona i podpisana Karta zgłoszenia do Programu „opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu

b) kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności w przypadku dzieci do 16. roku życia, kserokopia orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności albo równoważnym

c) oświadczenie opiekuna o innych formach wsparcia – załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu

d) podpisana klauzula informacyjna RODO – MRiPS – załącznik nr 5 do niniejszego Regulaminu

e) podpisana klauzula informacyjna RODO – CUS – załącznik nr 4 do niniejszego Regulaminu

f) podpisane oświadczenie o zapoznaniu się z Regulaminem udziału w Programie – załącznik nr 6 do niniejszego Regulaminu

4. Dokumenty należy złożyć w formie papierowej w Centrum Usług Społecznych w Bukowsku, 38-505, ul Bieszczadzka 6, w godzinach urzędowania (poniedziałek od godz. 8.00 do 16.00, wtorek – piątek od godz. 7.00 do 15.00) lub za pośrednictwem Poczty Polskiej albo platformy EPUAP.

## **§ 3. Kwalifikacja uczestników do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**

1. CUS kwalifikuje do przyznania usługi opieki wytchnieniowej na podstawie „Karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, stanowiącej załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu oraz kserokopii aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności/orzeczenia o niepełnosprawności w przypadku dziecka do 16 r. ż.

2. W pierwszej kolejności przyznaje się usługę opieki wytchnieniowej: członkom rodzin lub opiekunom sprawującym bezpośrednią opiekę nad dzieckiem z orzeczeniem o niepełnosprawności lub osobą ze znacznym stopniem niepełnosprawności lub z orzeczeniem równoważnym, która:



- ma niepełnosprawność sprzężoną/złożoną (przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się posiadanie orzeczenia ze wskazaniem co najmniej dwóch przyczyn niepełnosprawności) lub
- wymaga wysokiego poziomu wsparcia (osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności oraz dzieci niepełnosprawne z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji) lub
- stale przebywa w domu, tj. nie korzysta z ośrodka wsparcia lub placówek pobytu całodobowego, np. ośrodka szkolno-wychowawczego czy internatu.

3. Przy kwalifikacji do Programu uwzględnia się stan zdrowia i sytuację życiową uczestników Programu na podstawie przeprowadzonego rodzinnego wywiadu środowiskowego oraz rozpoznaniu indywidualnych potrzeb mieszkańca Gminy Bukowsko przez koordynatora Indywidualnych Planów Usług Społecznych w ramach zawartego Indywidualnego Planu Usług Społecznych.

4. Rekrutacji podlegają kompletne wnioski. Ważność orzeczenia o niepełnosprawności/ orzeczenia o stopniu niepełnosprawności musi obejmować okres świadczenia usługi.

5. W przypadku wystąpienia zdarzeń losowych (np. śmierć członka rodziny, pobyt w szpitalu) usługi opieki wytchnieniowej mogą być przyznane bez Karty zgłoszenia. W takim przypadku dokument ten powinien zostać uzupełniony niezwłocznie, w terminie nie dłuższym niż 3 dni robocze od dnia wystąpienia tej sytuacji.

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

7. Zgłoszenia do Programu będzie rozpatrywać Dyrektor Centrum Usług Społecznych w Bukowsku oraz pracownik socjalny (na którego rejonie działania zamieszkuje osoba niepełnosprawna). Listy osób zakwalifikowanych do Programu zatwierdzi Dyrektor. Osoby zgłoszone do Programu po zakończeniu rekrutacji zostaną wpisane na listę rezerwową. W przypadku rezygnacji osoby zakwalifikowanej do Programu będzie zapraszana kolejna osoba z listy rezerwowej.

8. O wynikach rekrutacji osoby zakwalifikowane do udziału w Programie zostaną poinformowane pisemnie lub ustnie. Informacja o zakwalifikowaniu do Programu określi m. in. formę i termin realizacji usług opieki wytchnieniowej, zakres wsparcia i limit godzin, a także prawa i obowiązki wynikające z przyznania usług opieki wytchnieniowej. Dla osoby zakwalifikowanej do Programu zostanie sporządzony Indywidualny Plan Usług Społecznych przez Koordynatora Indywidualnych Planów Usług Społecznych w Bukowsku.

#### **§ 4. Zasady uczestnictwa w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**

1. W ramach Programu w 2025r. limit godzin wynosi 444, tj. średnio 89 godz. na jednego uczestnika Programu w okresie od 17 lutego 2025r. do 19 grudnia 2025r. .
2. 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.
3. Usługa opieki wytchnieniowej będzie realizowana zgodnie ze sporządzonym miesięcznym harmonogramem świadczonych usług opieki wytchnieniowej (stanowiącym załącznik nr 4 do

niniejszego Regulaminu), 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. (str. 10 pkt 3.2 2.2.1. wniosku)

4. Godziny niewypracowane w danym miesiącu (np. z powodu hospitalizacji) mogą zostać przeniesione na kolejny miesiąc.

#### **§ 5. Zakres usług w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.**

1. Usługa opieki wytchnieniowej polega m.in. na pomocy osobie niepełnosprawnej w poruszaniu się i przemieszczaniu, pielęgnacji i higienie osobistej, zapewnieniu przygotowania i podania posiłków i napoju, czystości w miejscu przebywania, wspólnym spędzaniu czasu.

2. Zakres usług zostanie ostatecznie określony i uzgodniony z uczestnikiem Programu.

3. Opiekunowie nie świadczą i nie wykonują żadnych czynności medycznych.

4. Po każdym miesiącu świadczenia usług opieki wytchnieniowej (do 7 dnia następnego miesiąca) podmiot realizujący usługi przekazuje do CUS w Bukowsku Kartę rozliczenia usługi opieki wytchnieniowej – załącznik nr 3 do niniejszego Regulaminu.

#### **§ 6. Postanowienia końcowe**

1. 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.

2. W przypadku zmiany miejsca zamieszkania/pobytu osoba korzystająca z usług opieki wytchnieniowej składa pracownikowi socjalnemu oświadczenie o rezygnacji z udziału w Programie.

3. Osoba zakwalifikowana do Programu jest zobowiązana do respektowania zasad niniejszego Regulaminu.

4. Kwestie nieuregulowane w niniejszym dokumencie rozstrzygane będą przez Dyrektora Centrum Usług Społecznych w Bukowsku.

5. Niniejszy Regulamin obowiązuje przez okres trwania Programu: „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.

6. Zastrzega się prawo do zmiany postanowień niniejszego Regulaminu niezbędnych celem prawidłowej realizacji Programu.

7. Regulamin Programu: „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 zostaje podany do publicznej wiadomości poprzez umieszczenie na stronie internetowej Centrum Usług Społecznych.

  
DYREKTOR  
Centrum Usług Społecznych  
w Bukowsku  
Ewa Sieradzka



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

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

Imię i nazwisko:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Telefon: .....

E-mail: .....

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

Imię i nazwisko:

.....

Data urodzenia:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Rodzaj niepełnosprawności:

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

W jakich czynnościach w szczególności wymagane jest wsparcia:

- 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 niepełnosprawnej w zakresie komunikowania się lub poruszania się (wypełnia opiekun prawny/członek rodziny/ opiekun osoby niepełnosprawnej, który ubiega się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej):

.....

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

- dzienna, miejsce wraz z adresem  
.....\*
- całodobowa, miejsce wraz z adresem  
.....\*
- w godzinach  
.....
- w dniach  
.....

**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(ia) lub realizatora Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, usług opieki wytchnieniowej?

Tak  / Nie

Jeżeli **Tak**, proszę podać imię i nazwisko tej osoby:

.....

**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 2025, świadczonych usług opieki wytchnieniowej. Czynności o których mowa wyżej dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług.



3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.
4. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.
5. Oświadczam, że w godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego nie będą świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 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 2025 lub innym programie resortowym Ministra Rodziny i Polityki Społecznej w 2025r. w zakresie usług opieki wytchnieniowej, w tym w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025. W ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 i/lub innego programu resortowego Ministra Rodziny i Polityki Społecznej w 2025r. w zakresie usług opieki wytchnieniowej, w tym w Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025 przyznano mi ..... (wpisać liczbę godzin/dni) godzin/dni opieki wytchnieniowej.
7. W przypadku wskazania w dziale III niniejszej Karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 osoby, która będzie świadczyła usług opieki wytchnieniowej oświadczam, że osoba ta przygotowana jest do świadczenia usług opieki wytchnieniowej.

Miejscowość ....., data .....

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

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług opieki wytchnieniowej

.....  
Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie





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

- 1) świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego:
  - a) 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 2019r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2022r. poz. 2240).

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

\*\*\* odpowiednie skreślić.





Bukowsko, dn. ....

## OŚWIADCZENIE OPIEKUNA O INNYCH FORMACH WSPARCIA

Ja niżej podpisany/a

.....  
(imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie)

zamieszkały/a

.....  
(ulica, numer budynku, numer lokalu, kod, miejscowość)

świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 §1 Kodeksu karnego, który za składanie fałszywych zeznań przewiduje karę pozbawienia wolności do lat 3, oświadczam, co następuje:

**osoba niepełnosprawna , nad którą sprawuję opiekę:**

- stale przebywa w domu, tj. nie korzysta z ośrodka wsparcia lub placówek pobytu całodobowego, np. ośrodka szkolno-wychowawczego czy internatu
- korzysta z ośrodka wsparcia lub placówek pobytu całodobowego, np. ośrodka szkolno – wychowawczego czy internatu

.....  
Podpis osoby składającej oświadczenie



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

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

Imię i nazwisko: .....

Adres zamieszkania:

.....

Telefon: .....

E-mail:

.....

**II. Dane dotyczące osoby niepełnosprawnej, w związku z opieką nad którą członkowie 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:

.....

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/opiekun a osoby z niepełnosprawnością
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						

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 2025:

.....  
Data i podpis osoby reprezentującej realizatora usług



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

.....

(Data i podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnej)

\*Należy podkreślić realizowaną formę

•  
H



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

Zgodnie z art. 13 i art. 14 ogólnego 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 Centrum Usług Społecznych w Bukowsku, reprezentowany przez Dyrektora, z którym można się skontaktować telefonicznie pod nr tel.: (134674015w. 38), pocztą elektroniczną: [cus@bukowsko.pl](mailto:cus@bukowsko.pl) lub pisemnie pod adresem: Centrum Usług Społecznych w Bukowsku.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym możecie się Państwo skontaktować za pośrednictwem poczty elektronicznej: [iod@bukowsko.pl](mailto:iod@bukowsko.pl) lub pisemnie pod adresem Administratora.
3. Państwa dane osobowe i/lub dane osobowe osób, nad którymi sprawuje Pan/Pani opiekę prawną będą przetwarzane w celu realizacji programu Ministra Rodziny i Polityki społecznej „Opieka Wytchnieniowa” – edycja 2025, w tym rozliczenie otrzymanych środków z Funduszu Solidarnościowego na podstawie przesłanki:
  - 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 tj. wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej Administratorowi;
  - 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 2025, przyjętego na podstawie ustawy z dnia 23 października 2018r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2023 r. poz. 647 z późn. zm.).
4. Źródłem pochodzenia danych osobowych mogą być wnioskodawcy, tj. osoby niepełnosprawne, rodzice i opiekunowie osób niepełnosprawnych oraz osoby zatrudnione/świadczące/realizujące usługi.
5. Zebrane 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” – edycja 2025, a także innym podmiotom lub organom upoważnionym do pozyskania tych danych na podstawie przepisów prawa.  
Dane uczestników programu oraz osób fizycznych przetwarzane przez CUS w Bukowsku, w szczególności dane osób świadczących/realizujących usługi opiekuna wytchnieniowego na rzecz uczestników Programu lub opiekunów prawnych mogą być udostępniane Ministrowi Rodziny i Polityki Społecznej lub Wojewodzie Podkarpakiemu m.in. do celów sprawozdawczych czy kontrolnych.
6. Pana/Pani dane osobowe i/lub dane osobowe osób, nad którymi sprawuje Pan/Pani opiekę prawną będą przechowywane do chwili realizacji zadania, do którego dane osobowe zostały zebrane, a następnie przez czas wynikający z przepisów ustawy z dnia

14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz jednolitym rzeczowym wykazie akt.

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 wniosek.

7. Pana/Pani dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich oraz do organizacji międzynarodowych.
8. Pana/Pani dane osobowe nie będą profilowane.
9. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania.
10. Posiada Pani/Pan również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego jakim jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą w Warszawie, ul. Stawki 2 (kod pocztowy: 00-193 Warszawa), w przypadku gdy zachodzi poważne popełnienie naruszenia bezpieczeństwa danych osobowych, które Państwa dotyczą.
11. Podanie danych osobowych w zakresie wynikającym z Karty zgłoszenia do programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego– edycja 2025 lub realizacji programu jest obowiązkowe w oparciu o przepisy prawa.



**Klauzula informacyjna RODO w ramach programu „Opieka wychowawcza” dla  
Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 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 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@mriips.gov.pl](mailto:iodo@mriips.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 wychowawczej określonej w przyjętym przez Ministra Programie „Opieka wychowawcza” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 imię i nazwisko, stanowisko, miejsce pracy, adres e-mail, numer telefonu.

W przypadku uczestnika Programu „Opieka wychowawcza” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.: imię i nazwisko oraz dane określone w Karcie zgłoszenia do Programu, 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 wychowawcza” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025. 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” Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, przyjętego na podstawie z 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 2025, 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 2025r., 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 przekazała nam je w związku z Pani/Pana udziałem w programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.

**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 2025.



Bukowsko, dnia.....

### OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem udziału w Programie „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 wprowadzonym zarządzeniem Nr 3/2025 Dyrektora Centrum Usług Społecznych w Bukowsku z dnia 2 stycznia 2025 r. w sprawie wprowadzenia Regulamin naboru, uczestnictwa i realizacji Programu: „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego.

.....  
(podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)



### Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Ja, niżej podpisany/a, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w podanym niżej zakresie:

dane osobowe zawarte w karcie zgłoszeniowej (z załącznikami) do udziału w Programie „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 przez:

**Centrum Usług Społecznych w Bukowsku, 38-505 Bukowsko, ul. Bieszczadzka 6, tel. 134674015**

w celu: zakwalifikowania do udziału w Programie, przyznania wsparcia w ramach Programu, udziału w Programie i prowadzenia dokumentacji z realizacji Programu

Przysługują Panu/Pani nw. Ustawowe prawa:

- (RODO, art. 7 ust. 3) – prawo do wycofania danej zgody w dowolnym momencie;
- (RODO, art. 16) – prawo do niezwłocznego sprostowania dotyczących jej danych, które są nieprawidłowe;
- (RODO, art. 16 ust. 1) – prawo żądania od administratora niezwłocznego usunięcia dotyczących jej danych osobowych;
- (RODO, art. 18 ust. 1) – prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych;
- (RODO, art. 77 ust. 1) – prawo do wniesienia skargi do organu nadzrędnego;
- (RODO, art. 82 ust. 1) – prawo do odszkodowania i odpowiedzialność.

.....  
(data, miejsce i czytelny podpis osoby wyrażającej zgodę)