

**Regulamin świadczenia usługi opieki wytchnieniowej  
w ramach programu „Opieka wytchnieniowa”  
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025  
w formie pobytu całodobowego i pobytu dziennego  
w Domu Pomocy Społecznej w Jaworze**

Podstawa prawna:

- art. 7 ust. 5 oraz art. 13 ustawy z dnia 23 października 2018r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz.U. z 2024, poz. 296),
- Program Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025,
- uchwała nr 52.2025 Zarządu Powiatu Jaworskiego z dnia 14 marca 2025 r. w sprawie przystąpienia Powiatu Jaworskiego do Programu Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej pn.: „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2025 oraz zasad udzielania pomocy w ramach tego Programu, a także udzielenia pełnomocnictwa dyrektorowi Domu Pomocy Społecznej w Jaworze do podejmowania wszelkich, niezbędnych działań związanych z realizacją Programu

**§ 1**

**Postanowienia ogólne**

1. Głównym celem Programu „Opieka wytchnieniowa”– edycja 2025, zwanym dalej Programem, jest wsparcie członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobami ze znacznym stopniem niepełnosprawności oraz osobami z orzeczeniami równoważnymi – poprzez możliwość uzyskania doraźnej, czasowej pomocy w formie usługi opieki wytchnieniowej.
2. Program w roku 2025 realizowany będzie w formie:
  - a) pobytu całodobowego w wymiarze 14 dni dla jednego uczestnika oraz
  - b) pobytu dziennego w wymiarze 240 godzin dla jednego uczestnika.
3. Usługa opieki wytchnieniowej polega na czasowym odciążeniu opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobami niepełnosprawnymi od codziennych obowiązków związanych ze sprawowaniem opieki, poprzez stworzenie opiekunom możliwości wykorzystania czasu na odpoczynek i regenerację, jak również na załatwienie niezbędnych spraw.
4. Program jest skierowany do mieszkańców Powiatu Jaworskiego.
5. Usługi opieki wytchnieniowej przysługują w przypadku zamieszkiwania członka rodziny lub opiekuna, o których mowa w pkt.1 Regulaminu, we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą z niepełnosprawnością, która wymaga stałej opieki w zakresie potrzeb życia codziennego.
6. 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. 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 orzeczeniu o niepełnosprawności.

7. Usługa opieki wytchnieniowej będzie realizowana w ramach Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 od dnia 1 kwietnia 2025 r – do dnia 31 grudnia 2025 r.
8. Realizatorem Programu z ramienia Powiatu Jaworskiego jest Dom Pomocy Społecznej w Jaworze.

## § 2

Zasady uczestnictwa w Programie „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2025

1. W ramach Programu usługami opieki wytchnieniowej planowane jest objęcie 16 osób niepełnosprawnych, tj.:
  - w formie pobytu dziennego – 4 osoby,
  - w formie pobytu całodobowego – 12 osób.
2. Zgłoszenie przystąpienia do Programu następuje poprzez złożenie:
  - a) Karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2025 – stanowiącej załącznik nr 7 do Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2025,
  - b) kserokopii aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego osoby niepełnosprawnej objętej wsparciem (oryginał orzeczenia do wglądu),
  - c) podpisanej przez uczestnika Programu oraz osobę z niepełnosprawnością – klauzuli informacyjnej RODO stanowiącej Załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu,
  - d) oświadczenia dotyczącego korzystania z różnych form wsparcia – stanowiącego Załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu,
  - e) oświadczenia dotyczącego wyrażenia zgody na wezwanie pomocy medycznej oraz pomoc personelu przy podawaniu leków – stanowiącego Załącznik nr 3 do niniejszego Regulaminu,
  - f) informacji na temat lekarza POZ – stanowiącej Załącznik nr 4 do niniejszego Regulaminu,
  - g) oświadczenia o zapoznaniu się z treścią regulaminu – stanowiącego Załącznik nr 6 do niniejszego Regulaminu,
3. Dokumentacja, o której mowa w pkt. 2 będzie udostępniona przez Dom Pomocy Społecznej w Jaworze, od dnia podpisania umowy przez Powiat Jaworski

- z Wojewodą Dolnośląskim w sprawie realizacji zadania w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.
4. Dokumentacja będzie przyjmowana w formie pisemnej w siedzibie Domu Pomocy Społecznej w Jaworze, Plac Seniora 3, od poniedziałku do piątku, w godzinach od 8:00 – do 14:00 od dnia 01.04.2025 r
  5. Złożenie dokumentów do Programu nie jest równoznaczne z przyznaniem usługi opieki wytchnieniowej.
  6. Zgłoszenia będą podlegały ocenie formalnej. Ocena formalna polega na sprawdzeniu kompletności złożonych dokumentów, w tym ważności orzeczenia o stopniu niepełnosprawności/orzeczenia równoważnego.
  7. W przypadku złożenia niekompletnego zgłoszenia DPS w Jaworze poinformuje pisemnie o występujących w zgłoszeniu brakach, które powinny zostać usunięte w terminie 7 dni kalendarzowych od dnia odebrania powiadomienia pod rygorem pozostawienia zgłoszenia bez rozpatrzenia.
  8. Kompletne wnioski będą podlegały ocenie merytorycznej w celu zakwalifikowania osób do skorzystania z usługi opieki wytchnieniowej.
  9. W pierwszej kolejności do Programu zostaną zakwalifikowani opiekunowie osób niepełnosprawnych, sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobą niepełnosprawną, 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.
  10. Osoby kwalifikujące się do udziału w Programie, którym nie przyznano usługi z powodu braku środków finansowych lub ograniczonej liczby uczestników zostaną wpisane na listę rezerwową.
  11. W przypadku rezygnacji osoby zakwalifikowanej, możliwość skorzystania z usługi opieki wytchnieniowej zaproponowana zostanie osobie z listy rezerwowej.
  12. DPS poinformuje pisemnie i telefonicznie o przyznaniu usługi opieki wytchnieniowej, natomiast o odmowie przyznania usługi opieki wytchnieniowej poinformuje pisemnie.
  13. W sytuacji nagłej lub losowej usługa opieki wytchnieniowej może być przyznana bez Karty zgłoszenia do Programu, pod warunkiem posiadania wolnych miejsc.
  14. Dokument, o którym mowa w ust. 13 musi zostać uzupełniony niezwłocznie w terminie nie dłuższym niż 3 dni robocze od momentu udzielenia pomocy. Niezbędne jest jednak przedłożenie aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.
  15. W przypadku zmiany miejsca zamieszkania/pobytu osoba składa oświadczenie o wcześniejszym korzystaniu/lub niekorzystaniu z usług opieki wytchnieniowej w innej gminie lub powiecie.

### **§ 3**

#### **Zakres usługi i jej finansowanie**

1. Opieka wytchnieniowa realizowana przez Dom Pomocy Społecznej w Jaworze

polega na wsparciu opiekunów osoby niepełnosprawnej w postaci:

- a) pobytu całodobowego osoby będącej pod ich opieką w miejscu świadczenia usługi wytchnieniowej, trwającego łącznie nie więcej niż 14 dni kalendarzowych,
  - b) pobytu dziennego osoby będącej pod ich opieką w miejscu świadczenia usługi wytchnieniowej, trwającego łącznie nie więcej niż 240 godzin w roku.
2. Miejscem świadczenia opieki wytchnieniowej, o którym mowa w ust. 1, są wydzielone pomieszczenia w Domu Pomocy Społecznej w Jaworze:
- Plac Seniora 3; 59-400 Jawor,
  - Mierczyce 34; 59-430 Wądroże Wielkie,
  - ul. Kamiennogórska 3, 59-420 Bolków
3. Usługa opieki wytchnieniowej przewiduje:
- a) zabezpieczenie pobytu w pokoju dostosowanym dla osoby niepełnosprawnej w miejscu świadczenia usługi wytchnieniowej,
  - b) usługi opiekuńcze,
  - c) całodobowe wyżywienie.
4. Osoba niepełnosprawna oraz opiekun osoby niepełnosprawnej nie ponoszą odpłatności za świadczone usługi opieki wytchnieniowej.
5. Opiekun osoby niepełnosprawnej powinien zabezpieczyć osobę niepełnosprawną we wszystkie niezbędne do codziennego funkcjonowania ubrania i środki higieny osobistej. Ponadto opiekun osoby niepełnosprawnej zabezpiecza finansowo tę osobę w przypadku innych, doraźnych potrzeb wynikłych w trakcie pobytu.

#### **§ 4**

##### **Prawa opiekuna osoby niepełnosprawnej**

1. Opiekun osoby niepełnosprawnej ma prawo do skorzystania ze wsparcia przysługującego mu w związku z realizacją usługi opieki wytchnieniowej w ramach Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.
2. Opiekun osoby niepełnosprawnej ma prawo do informacji na temat podopiecznego w trakcie całego pobytu w miejscu świadczenia usługi opieki wytchnieniowej.
3. Opiekun osoby niepełnosprawnej ma prawo do odwiedzania podopiecznego w czasie jego pobytu w miejscu świadczenia usługi opieki wytchnieniowej.

#### **§ 5**

##### **Obowiązki opiekuna osoby niepełnosprawnej**

1. Opiekun osoby niepełnosprawnej jest zobowiązany do zapewnienia transportu podopiecznego w wyznaczonym dniu do placówki świadczącej usługi opieki wytchnieniowej.

Pobyt rozpoczyna się od godziny 7:00.

2. W dniu przyjęcia osoby niepełnosprawnej opiekun tej osoby ma obowiązek dostarczyć:
  - 1) zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia podopiecznego nie starsze niż 14 dni,

- 2) leki w oryginalnych opakowaniach wraz z informacją od lekarza o dawkowaniu i sposobie podawania (w ilości wystarczającej na czas pobytu),
  - 3) informację o zaleceniach dietetycznych,
  - 4) informację o uczuleniach,
  - 5) informację o rozkładzie dnia i przyzwyczajeniach osoby z niepełnosprawnością,
  - 6) wyroby chłonne (pieluchomajtki, pampersy, podkłady),
  - 7) środki i przybory do higieny osobistej (w ilości wystarczającej na czas pobytu),
  - 8) odzież i obuwie na zmianę (w ilości wystarczającej na czas pobytu),
  - 9) pomoce ortopedyczne.
3. Opiekun osoby niepełnosprawnej jest zobowiązany do odbycia rozmowy z przedstawicielem Realizatora w celu udzielenia jak najdokładniejszych informacji na temat stanu zdrowia podopiecznego, sposobu jego funkcjonowania oraz bieżących potrzeb.
4. W przypadku osób ubezwłasnowolnionych częściowo lub całkowicie niezbędne jest przedstawienie oryginału postanowienia o ustanowieniu opieki, jak również wskazanie właściwego sądu prowadzącego nadzór.
5. Opiekun osoby niepełnosprawnej składa oświadczenie o wyrażeniu zgody na wezwanie pomocy medycznej oraz pomoc personelu przy podawaniu leków. Wzór zgody stanowi Załącznik nr 3 do niniejszego regulaminu.
6. Opiekun osoby niepełnosprawnej jest zobowiązany do pozostawienia danych kontaktowych do siebie lub ewentualnie do osoby, która będzie dostępna pod jego nieobecność.
7. Opiekun osoby niepełnosprawnej jest zobowiązany odebrać niezwłocznie podopiecznego z placówki w przypadku, gdy jego stan zdrowia uniemożliwia dalszą realizację usługi.
8. W przypadku nagłego zachorowania opiekun osoby niepełnosprawnej jest zobowiązany do wykupienia i dostarczenia leków zaleconych przez lekarza.
9. Opiekun osoby niepełnosprawnej jest zobowiązany do podania informacji na temat lekarza POZ – wzór oświadczenia stanowi Załącznik nr 4 do niniejszego Regulaminu.
10. Opiekun osoby niepełnosprawnej jest zobowiązany do odebrania podopiecznego w dniu zakończenia usługi do godziny 19:00.

## **§ 6**

### **Postanowienia końcowe**

1. Opiekun z ramienia Realizatora pełniący dyżur w zakresie usługi opieki wytchnieniowej i osoba niepełnosprawna korzystająca z opieki wytchnieniowej mają obowiązek traktowania się z szacunkiem.
2. Osoba niepełnosprawna objęta usługą opieki wytchnieniowej ma prawo do:
  - a) udziału w zaplanowanych formach wsparcia, zgodnie z ramowym planem dnia stanowiącym Załącznik nr 5 do niniejszego Regulaminu,
  - b) zgłaszania uwag dotyczących formy wsparcia, którymi został objęty

w realizowanym Programie.

3. Osoba niepełnosprawna, której przyznano usługę opieki wytchnieniowej w ramach Programu lub jej opiekun są zobowiązani do wcześniejszego poinformowania Realizatora Programu o ewentualnej nieobecności w wyznaczonym terminie.
4. W przypadku zmiany danych zawartych w zgłoszeniu, w tym rezygnacji z usług opieki wytchnieniowej należy poinformować o tym niezwłocznie Realizatora Programu.
5. Placówka świadcząca usługi opieki wytchnieniowej ma prawo odmówić zrealizowania usługi opieki wytchnieniowej:
  - a) w sytuacjach zagrażających życiu lub zdrowiu osoby niepełnosprawnej,
  - b) w przypadkach, w których okoliczności wskazują na możliwość wyrządzenia szkody osobom trzecim lub łamania przepisów prawa,
  - c) w innych uzasadnionych przypadkach (np. długotrwałe niekorzystanie z przyznanej, w ramach programu pomocy),
  - d) w przypadku, gdy stan zdrowia osoby z niepełnosprawnością wymaga specjalistycznej opieki medycznej wykraczającej poza podstawowy zakres opiekuńczy.
6. Placówka świadcząca usługi opieki wytchnieniowej zobowiązana jest do realizacji zleconych czynności z zachowaniem należytej staranności, jak również zabezpieczenia i zachowania w tajemnicy – zarówno w trakcie trwania umowy, jak i po jej ustaniu – wszelkich informacji i danych osobowych, nie będących jawnymi, do których uzyska dostęp w związku z realizacją powierzonych zadań.
7. Placówka świadcząca usługi opieki wytchnieniowej zobowiązana jest do złożenia podpisanej klauzuli informacyjnej RODO stanowiącej Załącznik nr 11 do Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2025.
8. Powiat jest zobowiązany do przeprowadzania doraźnych kontroli i monitorowania świadczonych usług opieki wytchnieniowej.
9. Potwierdzenie realizacji i rozliczenia usługi opieki wytchnieniowej dokonuje się na podstawie wypełnionej Karty rozliczenia usług opieki wytchnieniowej, stanowiącej Załącznik nr 8 do Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2025.
10. Realizator Projektu zastrzega sobie prawo do wprowadzenia zmian do Regulaminu lub ujęcia w nim dodatkowych postanowień.
11. Opiekun osoby niepełnosprawnej oraz osoba niepełnosprawna są zobowiązani do zapoznania się z treścią niniejszego Regulaminu – oświadczenie o zapoznaniu się z treścią regulaminu stanowi Załącznik nr 6 do niniejszego regulaminu.
12. W sprawach nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie zastosowanie mają obowiązujące wytyczne dotyczące Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.

## **Klauzula informacyjna RODO w ramach programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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, dalej: RODO) poniżej przedstawiamy klauzulę informującą o przetwarzaniu Pani/Pana danych osobowych oraz przysługujących Pani/Panu prawach związanych z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przez Dom Pomocy Społecznej w Jaworze jako realizatora Programu „Opieka wytnieniowa” – edycja 2025.

### **Tożsamość administratora i dane kontaktowe**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Dom Pomocy Społecznej w Jaworze, Plac Seniora 3, 59-400 Jawor, zwany dalej Domem, reprezentowany przez Dyrektora, realizujący usługę opieki wytnieniowej w ramach Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.

### **Dane kontaktowe inspektora ochrony danych osobowych**

Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych (IOD), z którym kontakt możliwy jest pod adresem: [iod@dpsjawor.pl](mailto:iod@dpsjawor.pl) lub telefonicznie 669-316-333.

### **Kategorie danych osobowych**

Przetwarzanie danych osobowych obejmuje następujące kategorie Pani/Pana danych:

W przypadku opiekuna osoby niepełnosprawnej i osoby niepełnosprawnej biorących udział w Programie „Opieka wytnieniowa” – 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 celu realizacji Programu „Opieka wytnieniowa” – 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, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytnieniowa” – edycja 2025, przyjętego na podstawie art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2024, poz. 296 z późn.zm.).

Podmiot, któremu Powiat zlecił realizację Programu, tj. DPS Jaworze będzie przetwarzać dane osobowe, w celach dotyczących: zadania realizowanego w interesie publicznym, realizacji świadczeń związanych z wykonaniem przedmiotu umowy, realizacji obowiązków wynikających z umowy, rozliczenia otrzymanych środków Funduszu lub wypełniania obowiązku prawnego.

### **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” – edycja 2025, a także innym podmiotom lub organom upoważnionym do pozyskania Pani/Pana danych na podstawie przepisów prawa (np. podmiotom kontrolującym Ministerstwa). 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” – edycja 2025, 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.

#### **Informacja o dobrowolności lub obowiązku podania danych:**

Podanie danych osobowych jest konieczne dla celów związanych z wykonywaniem zadań w ramach Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.

.....  
(Data i czytelny podpis  
opiekuna osoby niepełnosprawnej)

.....  
(Data i czytelny podpis  
osoby niepełnosprawnej)

Jawor, dnia .....

**Oświadczenie  
dotyczącego korzystania z różnych form wsparcia**

Oświadczam, iż osoba niepełnosprawna

.....,

(Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej)

nad którą sprawuję bezpośrednią opiekę:

- ☐ stale przebywa w domu i nie korzysta z żadnej formy wsparcia \*,
- ☐ korzysta z formy wsparcia (ośrodek wsparcia, placówka typu całodobowego, środowiskowy dom samopomocy, dzienny dom pomocy, warsztaty terapii zajęciowej, inne .....)\*.

\* właściwie zakreślić

.....

(Data i czytelny podpis opiekuna  
osoby niepełnosprawnej)

Jawor, dnia .....

**Oświadczenie  
dotyczącego wyrażenia zgody na udzielenie pomocy medycznej**

Ja, niżej podpisany/a

.....

(imię i nazwisko opiekuna osoby niepełnosprawnej lub opiekuna prawnego),

wyrażam zgodę na udzielenie mojemu podopiecznemu niezbędnej pomocy medycznej w sytuacjach zagrożenia zdrowia i życia oraz w codziennej opiece zdrowotnej podczas pobytu całodobowego/ pobytu dziennego w ramach programu „Opieka Wytchnieniowa” – edycja 2025.

**Zakres udzielanej pomocy medycznej:**

1. Wezwanie służb ratunkowych – zgadzam się na natychmiastowe wezwanie karetki pogotowia ratunkowego w przypadku nagłego pogorszenia stanu zdrowia lub sytuacji zagrażających życiu.
2. Pierwsza pomoc – wyrażam zgodę na udzielenie podstawowej pierwszej pomocy przez personel DPS do czasu przybycia pogotowia ratunkowego lub lekarza.
3. Podawanie leków – zgadzam się na nadzienie i podawanie leków przepisanych przez lekarza prowadzącego, zarówno tych przyjmowanych regularnie, jak i doraźnie w przypadku nagłej potrzeby.
4. Pielęgnacja – wyrażam zgodę na wykonywanie przez opiekuna pełniącego dyżur na poniższe czynności:
  - Pomiar temperatury, ciśnienia, poziomu cukru we krwi,
  - Zakładanie i zmianę opatrunków.
5. Udostępnienie informacji medycznych – wyrażam zgodę na przekazywanie istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia mojego podopiecznego lekarzom, ratownikom medycznym i innym uprawnionym osobom w celu zapewnienia skutecznej opieki medycznej.

Oświadczam, że zgoda ta jest udzielona dobrowolnie i świadomie, w trosce o zdrowie i bezpieczeństwo. Rozumiem, że w przypadku odmowy udzielenia zgody na określone czynności medyczne, personel DPS może nie być w stanie zapewnić pełnej opieki w sytuacjach nagłych.

.....  
Podpis osoby wyrażającej zgodę

Jawor, dnia .....

### Informacja na temat lekarza POZ

Informuję, że dla mojej/-go podopiecznej/-go:

.....

(Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej)

nad którym sprawuję bezpośrednią opiekę, lekarzem POZ jest:

.....

( Imię i nazwisko lekarza POZ)

.....

(Nazwa i adres przychodni POZ)

.....

(Podpis osoby, opiekuna prawnego lub  
członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej)

### **Ramowy plan dnia usługi opieki wytchnieniowej:**

- godz.: 7:00 – 8:00 toaleta poranna,
- godz.: 8:00 – 9:00 śniadanie,
- godz.: 9:00 – 13:00 realizacja zaplanowanych zajęć z opiekunem,
- godz.: 13:00 – 14.00 obiad,
- godz.: 14:00 – 19:00 czas wolny, odpoczynek, relaks,
- godz.: 17:00 – 18:00 kolacja,
- godz.: 19:00 – 20:00 toaleta wieczorna.

**Oświadczenie o zapoznaniu się z treścią  
Regulaminu świadczenia usługi opieki wytchnieniowej**

Oświadczam, iż zapoznałem się z Regulaminem świadczenia usługi opieki wytchnieniowej w ramach programu „Opieka wytchnieniowa” - edycja 2025 w formie pobytu całodobowego w Domu Pomocy Społecznej w Jaworze.

Jawor, dnia .....

.....  
(Czytelny podpis  
opiekuna osoby niepełnosprawnej)

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

**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):

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

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

☐ dzienna, miejsce wraz z adresem

.....\*

☐ całodobowa, miejsce wraz z adresem

.....\*

☐ w godzinach

.....

☐ w dniach

.....

## Oświadczenia:

1. Oświadczam, że osoba z niepełnosprawnością w związku z opieką nad którą, ubiegam się o przyznanie usługi opieki wytnieniowej 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 2024 r. poz. 44 z późn. zm.) / jest dzieckiem do ukończenia 16. roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności\*\*.
2. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług opieki wytnieniowej oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowania przez powiat, który realizuje Program „Opieka wytnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, świadczonych usług opieki wytnieniowej. 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 wytnieniowa” 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 wytnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.
5. Oświadczam, że w godzinach realizacji usług opieki wytnieniowej 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 2024 r., poz. 1283 ze zm.), inne usługi finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie do usług opieki wytnieniowej finansowane ze środków publicznych.
6. Oświadczam, że aktualnie uczestniczę / nie uczestniczę\*\*\* bądź uczestniczyłem / nie uczestniczyłem\*\*\* w Programie „Opieka wytnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 lub innym programie resortowym Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w 2025 r. w zakresie usług opieki wytnieniowej, w tym w Programie „Opieka wytnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025. W ramach Programu „Opieka wytnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 i/lub innego programu resortowego Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w 2025 r. w zakresie usług opieki wytnieniowej, w tym z Programu „Opieka wytnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025 przyznano mi .....  
(wpisać liczbę godzin/dni) godzin/dni opieki wytnieniowej.

Miejscowość ....., data .....

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

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług opieki wytnieniowej.

.....  
(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

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

- 1) świadczenia usług opieki wytnieniowej w ramach pobytu dziennego:
  - a) ośrodek wsparcia,
  - b) dom pomocy społecznej świadczący usługi wsparcia krótkoterminowego w formie dziennej,
  - c) 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. 2024 r., poz. 1283 ze zm.),
  - d) w przypadku braku możliwości realizacji opieki wytnieniowej w miejscach, o których mowa w lit. a-c, istnieje możliwość zrealizowania opieki wytnieniowej w centrum opiekuńczo-mieszkalnym (COM), na zasadach określonych w poszczególnych edycjach Programu Centra Opiekuńczo – Mieszkalne,
  - e) za uprzednią zgodą gminy/powiatu, miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
  - 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 ze zm.);
- 2) świadczenia usług opieki wytnieniowej w ramach pobytu całodobowego:
  - a) mieszkanie treningowe lub wspomagane (wyłącznie osoby pełnoletnie),
  - b) ośrodek wsparcia,
  - c) rodzinny dom pomocy,
  - d) dom pomocy społecznej świadczący usługi wsparcia krótkoterminowego w formie pobytu całodobowego,
  - e) 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,
  - f) placówka zapewniająca całodobową opiekę, o której mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,
  - g) w przypadku braku możliwości realizacji opieki wytnieniowej w miejscach, o których mowa w lit. a-f, istnieje możliwość zrealizowania opieki wytnieniowej w centrum opiekuńczo-mieszkalnym (COM), w przypadku posiadania wolnych miejsc,
  - h) za uprzednią zgodą gminy/powiatu, miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
  - 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.

## **Karta realizacji 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 z niepełnosprawnością):**

Imię i nazwisko: .....

Adres zamieszkania: .....

Telefon :.....

E-mail: .....

### **II. Dane dotyczące osoby z niepełnosprawnością, w związku z opieką nad którą, członkowi rodziny/opiekunowi przyznane zostały usługi opieki wytchnieniowej:**

Imię i nazwisko: .....

Data urodzenia: .....

Adres zamieszkania: .....

### **III. Informacje dotyczące realizowanych usług opieki wytchnieniowej:**

1. Opieka wytchnieniowa przyznana w formie: **dziennej, całodobowej\***
2. Opieka wytchnieniowa przyznana w wymiarze: .....
3. Miejsce (wraz z adresem) realizacji usług opieki wytchnieniowej:

.....

.....

(Uwaga: Kartę realizacji usług należy uzupełniać na bieżąco)

| LP | Data realizacji<br>opieki<br>wytchnieniowej | Miejsce<br>realizacji opieki<br>wytchnieniowej | Godziny/dni<br>realizacji opieki<br>wytchnieniowej | Liczba<br>godzin/dób<br>świadczonej<br>opieki<br>wytchnieniowej | Potwierdzenie<br>realizacji usługi<br>opieki<br>wytchnieniowej<br>przez osobę bądź<br>placówkę, która<br>ją realizowała | Podpis osoby objętej<br>opieką<br>wytchnieniową:<br>członka<br>rodziny/opiekuna<br>osoby z<br>niepełnosprawnością |
|----|---|--|--|---|---|---|
|    |   |  |  |   |   |   |
|    |   |  |  |   |   |   |
|    |   |  |  |   |   |   |
|    |   |  |  |   |   |   |
|    |   |  |  |   |   |   |
|    |   |  |  |   |   |   |
|    |   |  |  |   |   |   |
|    |   |  |  |   |   |   |
|    |   |  |  |   |   |   |
|    |   |  |  |   |   |   |

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

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

5. Potwierdzam zgodność karty realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025:

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

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

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

*\*Należy podkreślić realizowaną formę usług.*

## WZÓR

### **Klauzula informacyjna RODO w ramach Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.**

Zgodnie z art. 13 i 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, Pracy i Polityki Społecznej informuje, że:

#### **Tożsamość administratora i dane kontaktowe**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Minister Rodziny, Pracy 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 służbowych danych jako pracownika urzędu wojewódzkiego albo jako pracownika urzędu gminy/urzędu powiatu (zakres przetwarzanych służbowych danych osobowych):

- imię, nazwisko,
- zajmowane stanowisko,
- miejsce pracy,
- numer telefonu,
- adres e-mail.

#### **Cele przetwarzania i podstawa prawna przetwarzania**

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w zakresie niezbędnym do wykonania przez Ministra zadań związanych z realizacją, sprawozdawczością, nadzorem oraz z czynnościami kontrolnymi dotyczącymi realizacji Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO tj. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze oraz art. 6 ust. 1 lit. e RODO tj. przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi - w związku z art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2024 r. poz. 296 z późn. zm.) i ww. programem.

#### **Odbiorcy danych lub kategorie odbiorców danych**

Pani/Pana dane nie będą przekazywane innym podmiotom, z wyjątkiem podmiotów uprawnionych do ich przetwarzania na podstawie przepisów prawa oraz podmiotów wspierających Ministra w

wypełnianiu obowiązków i świadczeniu usług, w tym zapewniających obsługę, asystę i wsparcie techniczne dla Generatora Funduszu Solidarnościowego, w którym są przetwarzane Pani/Pana dane.

#### **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 2025, 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 oraz prawo do żądania ich usunięcia po upływie okresu, o którym mowa powyżej.

#### **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**

Podmiot realizujący Program „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 na poziomie województwa, powiatu albo gminy, który wskazał dane Pani/Pana, jako dane swojego przedstawiciela lub osoby do kontaktów lub osoby upoważnionej do podejmowania czynności w Generatorze Funduszu Solidarnościowego.

#### **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.

DOCUMENT  
CREATED  
WITH



**PDF**  
**COMBINER**

PDF Combiner is a free application that you can use to combine multiple PDF documents into one.

Three simple steps are needed to merge several PDF documents. First, we must add files to the program. This can be done using the Add files button or by dragging files to the list via the Drag and Drop mechanism. Then you need to adjust the order of files if list order is not suitable. The last step is joining files. To do this, click button Combine PDFs.

Main features:

**secure PDF merging** - everything is done on your computer and documents are not sent anywhere

**simplicity** - you need to follow three steps to merge documents

**possibility to rearrange document** - change the order of merged documents and page selection

**reliability** - application is not modifying a content of merged documents.

Visit the homepage to download the application:

[www.jankowskimichal.pl/pdf-combiner](http://www.jankowskimichal.pl/pdf-combiner)

To remove this page from your document,  
please donate a project.