Załącznik nr 1
do Zarządzenia Nr 7/2026
Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Jaworze
z dnia 26.03.2026 r.
w sprawie wprowadzenia Regulaminu świadczenia usługi opieki wytchnieniowej
w ramach programu „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026
w formie pobytu całodobowego w Domu Pomocy Społecznej w Jaworze

Regulamin świadczenia usługi opieki wytchnieniowej w ramach programu „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 w formie pobytu całodobowego 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. 1848),
- Program Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026,
- uchwały nr 129/2026 Zarządu Powiatu Jaworskiego z dnia 12 marca 2026 r. w sprawie przystąpienia Powiatu Jaworskiego do Programu Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej pn.: „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 oraz zasad udzielania pomocy w ramach tego Programu,
- uchwały nr 130/2026 Zarządu Powiatu Jaworskiego z dnia 12 marca 2026 r. w sprawie udzielenia pełnomocnictwa do realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, Dyrektorowi Domu Pomocy Społecznej w Jaworze

§ 1
Postanowienia ogólne

1. Głównym celem Programu „Opieka wytchnieniowa"– edycja 2026, 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 2026 realizowany będzie w formie pobytu całodobowego w wymiarze 14 dni 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 2026 od dnia podpisania umowy przez Powiat Jaworski z Wojewodą Dolnośląskim w sprawie realizacji przedmiotowego zadania – do dnia 31 grudnia 2026 r.
8. Realizatorem Programu z ramienia Powiatu Jaworskiego jest Dom Pomocy Społecznej w Jaworze.

§ 2

Zasady uczestnictwa w Programie „Opieka wytchnieniowa" – edycja 2026

1. W ramach Programu usługami opieki wytchnieniowej w formie pobytu całodobowego planowane jest objęcie 9 osób niepełnosprawnych.
2. Zgłoszenie przystąpienia do Programu następuje poprzez złożenie:
   a) Karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa" – edycja 2026 – stanowiącej załącznik nr 7 do Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa" – edycja 2026 (***Załacznik nr 1*** do Regulaminu),
   b) kserokopii aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego osoby niepełnosprawnej objętej wsparciem (oryginał orzeczenia do wglądu),
   c) podpisanej przez Realizatora Programu – klauzuli informacyjnej RODO stanowiącej Załącznik nr 11 do Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 (***Załacznik nr 2*** do Regulaminu),
   d) podpisanej przez uczestnika Programu oraz osobę z niepełnosprawnością – klauzuli informacyjnej RODO do Regulaminu Domu Pomocy Społecznej w Jaworze w ramach „Opieki wytchnieniowej" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 stanowiącej ***Załącznik nr 3*** do niniejszego Regulaminu,
   e) oświadczenia o wspólnym zamieszkiwaniu z osobą z niepełnosprawnością stanowiącego ***Załącznik nr 4*** do niniejszego Regulaminu,
   f) oświadczenia dotyczącego korzystania z różnych form wsparcia – stanowiącego ***Załącznik nr 5*** do niniejszego Regulaminu,
   g) oświadczenia dotyczącego wyrażenia zgody na wezwanie pomocy medycznej oraz pomoc personelu przy podawaniu leków – stanowiącego ***Załącznik nr 6*** do niniejszego Regulaminu,
   h) informacji na temat lekarza POZ – stanowiącej ***Załącznik nr 7*** do niniejszego Regulaminu,
   i) oświadczenia o zapoznaniu się z treścią regulaminu – stanowiącego ***Załącznik nr 8*** 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 2026.

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.
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.
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 o przyznaniu bądź odmowie przyznania usługi opieki wytchnieniowej (***Załącznik nr 9 A i B -*** *Informacja o przyznaniu / odmowie przyznania usługi opieki wytchnieniowej).*
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 stanowiące ***Załącznik nr 10*** do niniejszego Regulaminu.

§ 3

Zakres usługi i jej finansowanie

1. Opieka wytchnieniowa realizowana przez Dom Pomocy Społecznej w Jaworze polega na wsparciu opiekunów osoby niepełnosprawnej w postaci pobytu

całodobowego osoby będącej pod ich opieką w miejscu świadczenia usługi wytchnieniowej, trwającego łącznie nie więcej niż 14 dni kalendarzowych.

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 2026.
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 6 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 (***Załącznik nr 11*** do niniejszego Regulaminu).
7. Opiekun osoby niepełnosprawnej jest zobowiązany odebrać niezwłocznie podopiecznego z placówki w przypadku, gdy jego stan zdrowia uniemożliwia dalszą realizację usługi (***Załącznik nr 12*** do niniejszego Regulaminu).
8. W przypadku nagłego zachorowania opiekun osoby niepełnosprawnej jest zobowiązany do wykupienia i dostarczenia leków zaleconych przez lekarza (***Załącznik nr 13*** do niniejszego Regulaminu).
9. Opiekun osoby niepełnosprawnej jest zobowiązany do podania informacji na temat lekarza POZ – wzór oświadczenia stanowi Załącznik nr 7 do niniejszego Regulaminu.
10. Opiekun osoby niepełnosprawnej jest zobowiązany do odebrania podopiecznego w dniu zakończenia usługi do godziny 15:00 (***Załącznik nr 14*** do niniejszego Regulaminu).
11. Opiekun osoby niepełnosprawnej jest zobowiązany do zawarcia z Domem Pomocy Społecznej w Jaworze Umowy w sprawie pobytu w DPS w ramach programu „Opieka Wytchnieniowa" - edycja 2026, która stanowi ***Załącznik nr 15*** do niniejszego Regulaminu.

§ 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 16*** 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 2026, a stanowiącej Załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu.
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 2026, a stanowiącej ***Załącznik nr 17*** do niniejszego Regulaminu.
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 8 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 2026.

Załącznik nr 1
do Regulaminu świadczenia usługi opieki wytchnieniowej
w ramach programu „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026
w formie pobytu całodobowego
w Domu Pomocy Społecznej w Jaworze
(Załącznik nr 7 do Programu
Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
„Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu
Terytorialnego - edycja 2026)

Karta zgłoszenia
do Programu „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego
– edycja 2026

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

Imię i nazwisko:

……

Adres zamieszkania:

……

…….....……

Telefon:……

…….

E-mail:

…….....……

Data urodzenia:

…….....……

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

Imię i nazwisko:

……...……

Data urodzenia:

……...……

Adres zamieszkania:

……....

…….....

….....

Rodzaj niepełnosprawności:

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

III. Informacja dotycząca indywidualnej sytuacji członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością:

W jakich bieżących czynnościach życia codziennego dotyczących zabezpieczenia potrzeb osoby z niepełnosprawnością, w szczególności wymagane jest wsparcie:

1. czynności samoobsługowe (np. utrzymanie higieny osobistej) **Tak ☐ / Nie ☐**;
2. przemieszczanie się poza miejscem zamieszkania (np. spacer, udanie się do placówki zdrowia, sklepu, itp) **Tak ☐ / Nie ☐**;
3. podejmowanie aktywności życiowej i komunikowanie się z otoczeniem **Tak ☐ / Nie ☐**;
4. inne:.....……..
   ……....……
   ….....

Informacje na temat poziomu samodzielności osoby z niepełnosprawnością, nad którą członek rodziny/ opiekun sprawuje opiekę, w tym 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):

……
……...
……...……
….....
….....
….....

Informacje na temat sytuacji członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością w odniesieniu do sprawowania bezpośredniej opiekę nad osobą z niepełnosprawnością:

1. czy osoba z niepełnosprawnością, nad którą członek rodziny/opiekun sprawuje bezpośrednią opiekę stale przebywa w domu i nie korzysta np. z ośrodka wsparcia, z placówki pobytu całodobowego, z warsztatu terapii zajęciowej, szkoły i placówki, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2025 r. poz. 881), nie uczy się lub nie studiuje? **Tak ☐ / Nie ☐**;
2. czy członek rodziny/opiekun osoby z niepełnosprawnością sprawujący bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością jest nieaktywny zawodowo i ma ograniczone możliwości podejmowania aktywności zawodowej ze względu na konieczność opiekowania się osobą z niepełnosprawnością? **Tak ☐ / Nie ☐.**

Jeżeli **Tak**, proszę opisać powód, dla którego jest nieaktywny zawodowo:…….....
……..…….....……
……..……
……....…….
…….....

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

☐ całodobowa, miejsce wraz z adresem*

……
…….....……..

☐ w godzinach

……

☐ w dniach

…….....…….

V. ~~Wskazanie osoby, która będzie świadczyła usług opieki wytchnieniowej~~

~~Czy wskazuje Pan(i) osobę pełnoletnią, niebędącą członkiem rodziny osoby z niepełnosprawnością, opiekunem osoby z niepełnosprawnością lub osobą faktycznie zamieszkującą razem z osobą z niepełnosprawnością, która będzie świadczyła, za uprzednią pisemną zgodą gminy/powiatu, w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością albo innym miejscu wskazanym przez Pana(ią) lub realizatora Programu „Opieka wytchnieniowa”~~

~~dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, usług opieki wytchnieniowej?~~

~~**Tak ☐ / Nie ☐**~~

~~Jeżeli **Tak**, proszę podać imię i nazwisko tej osoby oraz numer telefonu:~~

……..

VI. 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 2025 r. poz. 913) / ~~jest dzieckiem od ukończenia 2. roku życia 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 monitorowanie przez gminę/powiat, która/który realizuje Program „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026, 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 2026.

~~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 2026.

~~5.~~ Oświadczam, że w godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej, finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego, wobec osoby z niepełnosprawnością objętej usługą opieki wytchnieniowej w związku z opieką nad którą, ubiegam się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej, nie będą świadczone inne formy pomocy usługowej, w tym:

1) usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2025 r. poz. 1214),
2) usługi finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,

- o ile obejmują analogiczne wsparcie, o którym mowa w części V ust. 17 Programu, tj. zastępowanie członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością, w bieżących czynnościach życia codziennego dotyczących zabezpieczenia potrzeb osoby z niepełnosprawnością, takich jak: w czynnościach samoobsługowych (np. utrzymanie

higieny osobistej), w przemieszczaniu się poza miejsce zamieszkania (np. spacer, udanie się do placówki zdrowia, sklepu, itp), w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem, finansowane ze środków publicznych.

6. Oświadczam, że aktualnie uczestniczę / nie uczestniczę*** bądź uczestniczyłem / nie uczestniczyłem*** w Programie „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 lub innym programie resortowym Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w 2026 r. w zakresie usług opieki wytchnieniowej. W ramach Programu „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 i/lub innego programu resortowego Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w 2026 r. w zakresie usług opieki wytchnieniowej, przyznano mi ……..... *(wpisać liczbę godzin / dób)* godzin/dób usług opieki wytchnieniowej.
7. W przypadku wskazania w dziale V niniejszej Karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 osoby, która będzie świadczyła usług opieki wytchnieniowej oświadczam, że osoba ta przygotowana jest do świadczenia usług opieki wytchniniowej.

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 2026:

1) świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego:
   a) ośrodek wsparcia,
   b) dla osoby pełnoletniej, dom pomocy społecznej świadczący usługi wsparcia krótkoterminowego w formie dziennej,
   c) dla osoby pełnoletniej, 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 przypadku posiadania warunków infrastrukturalnych i organizacyjnych, oraz gdy świadczenie usług opieki wytchnieniowej nie wpłynie negatywie na usługi świadczone przez dom pomocy społecznej mieszkańcom domu,
   d) w przypadku braku możliwości realizacji opieki wytchnieniowej w miejscach, o których mowa w lit. a - c, istnieje możliwość zrealizowania opieki wytchnieniowej w centrum opiekuńczo-mieszkalnym (COM), na zasadach określonych w poszczególnych edycjach Programu Centra Opiekuńczo-Mieszkalne,
   e) za uprzednią pisemną zgodą gminy/powiatu, miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
   f) za uprzednią pisemną 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 2024 r. poz. 1411, z późn. zm.);
2) <u>świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu całodobowego:</u>
   a) dla osoby pełnoletniej, mieszkanie treningowe lub wspomagane,
   b) ośrodek wsparcia,
   c) dla osoby pełnoletniej, rodzinny domu pomocy,
   d) dla osoby pełnoletniej, dom pomocy społecznej świadczący usługi wsparcia krótkoterminowego w formie pobytu całodobowego,
   e) dla osoby pełnoletniej, 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 przypadku posiadania warunków infrastrukturalnych i organizacyjnych, oraz gdy świadczenie usług opieki wytchnieniowej nie wpłynie negatywie na usługi świadczone przez dom pomocy społecznej mieszkańcom domu,
   f) dla osoby pełnoletniej, placówka zapewniająca całodobową opiekę, o której mowa w ustawie z dnia z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,
   g) w przypadku braku możliwości realizacji opieki wytchnieniowej w miejscach, o których mowa w lit. a - f, istnieje możliwość zrealizowania opieki wytchnieniowej w centrum opiekuńczo-mieszkalnym (COM), w przypadku posiadania wolnych miejsc,
   h) za uprzednią pisemną zgodą gminy/powiatu, miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
   i) za uprzednią pisemną 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.

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

*** odpowiednie skreślić.

Załącznik nr 2

Klauzula informacyjna Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej dla pracowników urzędów wojewódzkich oraz pracowników urzędów gmin/powiatów, którzy uczestniczą w realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026

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@mrips.gov.pl lub pisemnie na adres: ul. Nowogrodzka 1/3/5, 00-513 Warszawa.

Kategorie danych osobowych
Przetwarzanie danych osobowych obejmuje następujące kategorie Pani/Pana 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.

Kategoria osób
Pracownicy urzędów wojewódzkich oraz pracownicy urzędów gmin/urzędów powiatów, które wystąpiły o realizację lub realizują przyjęty przez Ministra Program „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026.

Źródło pozyskania danych osobowych
Bezpośrednio, na podstawie art. 13 RODO, od pracowników urzędów wojewódzkich albo pracowników urzędów gmin/urzędów powiatów, które wystąpiły o realizację lub realizują przyjęty przez Ministra Program „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026.
Pośrednio, na podstawie art. 14 RODO, od urzędów wojewódzkich oraz urzędów gmin/urzędów powiatów, które wystąpiły o realizację lub realizują przyjęty przez Ministra Program „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026.

…….
(podpis)

Załącznik nr 3

Klauzula informacyjna RODO
w ramach programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
„Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026

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 wytchnieniowa" – edycja 2026.

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 wytchnieniowej w ramach Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.

Dane kontaktowe inspektora ochrony danych osobowych
Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych (IOD), z którym kontakt możliwy jest pod adresem: iodo@amt24.biz lub telefonicznie pod numerem 570-170-137

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 wytchnieniowa" – edycja 2026: 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 wytchnieniowa" – edycja 2026. 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 wytchnieniowa" – edycja 2026, przyjętego na podstawie art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2024, poz. 1848).
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 2026, 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 2026, 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 2026.

…….....…… …….....……

(Data i czytelny podpis opiekuna osoby niepełnosprawnej)

(Data i podpis osoby niepełnosprawnej)

Załącznik nr 4

JAWOR, dnia ….....r.
(miejscowość, data)

Dom Pomocy Społecznej

w Jaworze

OŚWIADCZENIE

O WSPÓLNYM ZAMIESZKIWANIU Z OSOBĄ Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

Ja, niżej podpisana/y ….....

Adres zamieszkania: ….....

świadoma/y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań

oświadczam,

że jestem rodzicem / opiekunem / członkiem rodziny* sprawującym bezpośrednią opiekę na osobą z niepełnosprawnością: ….....
i zamieszkuję we wspólnym gospodarstwie domowym z tą osobą, która wymaga stałej opieki w zakresie potrzeb życia codziennego.

.....
(podpis)

* *niepotrzebne skreślić*

Załącznik nr 5

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 …….....…) *.

* *właściwe zakreślić*

……
(Data i czytelny podpis opiekuna
osoby niepełnosprawnej)

Załącznik nr 6

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 w ramach programu „Opieka Wytchnieniowa" – edycja 2026.

Zakres udzielanej pomocy medycznej:

- Wezwanie służb ratunkowych – zgadzam się na natychmiastowe wezwanie karetki pogotowia ratunkowego w przypadku nagłego pogorszenia stanu zdrowia lub sytuacji zagrażających życiu.
- Pierwsza pomoc – wyrażam zgodę na udzielenie podstawowej pierwszej pomocy przez personel DPS do czasu przybycia pogotowia ratunkowego lub lekarza.
- Podawanie leków – zgadzam się na nadzielenie i podawanie leków przepisanych przez lekarza prowadzącego, zarówno tych przyjmowanych regularnie, jak i doraźnie w przypadku nagłej potrzeby.
- Pielęgnacja – wyrażam zgodę na wykonywanie przez opiekuna pełniącego dyżur na poniższe czynności:
- Pomiar temperatury, ciśnienia, poziomu cukru we krwi,
- Zakładanie i zmianę opatrunków.
- 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

Załącznik nr 7

do Regulaminu świadczenia usługi opieki wytchnieniowej
w ramach programu „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026
w formie pobytu całodobowego
w Domu Pomocy Społecznej w Jaworze

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, adres i telefon przychodni POZ)

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

Załącznik nr 8

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 2026 w formie pobytu całodobowego w Domu Pomocy Społecznej w Jaworze.

Jawor, dnia ……

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

Załącznik nr 9A

Jawor, dnia ….....

Powiat Jaworski
Dom Pomocy Społecznej
w Jaworze
Plac Seniora 3
59-400 Jawor

….....
(Imię i Nazwisko Adresata)

….....

….....
(Adres Adresata)

Informacja o przyznaniu usługi opieki wytchnieniowej
w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa" – edycja 2026
Nr …..../2026

Na podstawie wniosku **Nr …...../2026** z dnia ….....**.2026 r**. złożonego w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa" – edycja 2026, uprzejmie informujemy o decyzji w sprawie przyznania usług opieki wytchnieniowej na rzecz osoby z niepełnosprawnością: **….....**

1. **Forma przyznanej usługi opieki wytchnieniowej:**

- pobyt całodobowy

2. **Wymiar przyznanej usługi opieki wytchnieniowej:**

- liczba dni – **….....**
- w terminie: **….....2026 – ….....2026**

3. **Prawa i obowiązki wynikające z przyznania usługi opieki wytchnieniowej:**

α) Osoba korzystająca z usługi opieki wytchnieniowej ma prawo do świadczenia opieki zgodnie z ustalonym wymiarem dniowym, w określonej formie opieki całodobowej, oraz ma obowiązek stosować się do regulaminu placówki lub zasad ustalonych przez świadczącego usługę.

β) W przypadku pytań lub dodatkowych informacji dotyczących zasad świadczenia usługi prosimy o kontakt z odpowiednim pracownikiem DPS – Dom w …..... pod numerem telefonu: …..... lub adresem e-mail: **….....**

Z poważaniem

Załącznik nr 9B

Jawor, dnia ….....

Powiat Jaworski
Dom Pomocy Społecznej
w Jaworze
Plac Seniora 3
59-400 Jawor

….....
(Imię i Nazwisko Adresata)

….....

….....
(Adres Adresata)

Informacja o odmowie przyznania usługi opieki wytchnieniowej
w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa" – edycja 2026
Nr …..../2026

Na podstawie wniosku **Nr …..../2026** z dnia ….....**.2026 r**. złożonego w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa" – edycja 2026, uprzejmie informujemy o **odmowie przyznania** usług opieki wytchnieniowej na rzecz osoby z niepełnosprawnością: **….....**

Decyzja o odmowie przyznania usługi opieki wytchnieniowej została podjęta po dokładnej analizie złożonego wniosku i dokumentacji.

Uzasadnienie odmowy przyznania usług opieki wytchnieniowej:

1. Brak spełnienia kryteriów programu

Po przeanalizowaniu złożonego wniosku stwierdzono, że wnioskodawca nie spełnia wszystkich kryteriów kwalifikacyjnych do Programu „Opieka wytchnieniowa" – edycja 2026, tj. nie posiada aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności lub nie zamieszkuje z osobą nad którą sprawuje opiekę. Zgodnie z zasadami Programu, usługa opieki wytchnieniowej jest przeznaczona dla osób spełniających określone kryteria, których wnioskodawca nie spełnia.

W związku z tym, usługa nie może zostać przyznana.*

2. Wyczerpanie limitu miejsc i środków finansowych

Informujemy, że limit miejsc oraz dostępnych środków finansowych w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa" – edycja 2026 został wyczerpany. Z tego powodu niestety nie możemy przyznać usługi opieki wytchnieniowej wnioskodawcy. Wnioskodawca może ponownie złożyć wniosek w kolejnej edycji Programu lub skontaktować się z gminą/powiatem w sprawie innych dostępnych form wsparcia.*

3. Brak niezbędnej dokumentacji potwierdzającej stan zdrowia osoby z niepełnosprawnością

Decyzja o odmowie przyznania usług opieki wytchnieniowej wynika z braku dostarczenia pełnej dokumentacji i zaświadczeń niezbędnych do weryfikacji stanu zdrowia osoby wymagającej opieki. Zgodnie z regulaminem Programu, konieczne jest dostarczenie kompletu dokumentów potwierdzających konieczność uzyskania usługi opieki wytchnieniowej. Po dostarczeniu brakujących dokumentów wniosek może zostać rozpatrzony ponownie.*

4. Przekroczenie limitu godzin przyznanych na opiekę wytchnieniową w danym roku

Informujemy, że usługa opieki wytchnieniowej nie może zostać przyznana, ponieważ wnioskodawca przekroczył limit godzin dostępnych w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa"– edycja 2026. Program przewiduje określony wymiar godzinowy, który w tym przypadku został już w pełni wykorzystany.*

5. Wnioskodawca korzysta z innej formy pomocy wykluczającej świadczenie opieki wytchnieniowej

W ramach przeprowadzonej analizy stwierdzono, że osoba objęta wnioskiem korzysta już z innej formy wsparcia w zakresie opieki, która wyklucza jednoczesne przyznanie usługi opieki wytchnieniowej. Zgodnie z regulaminem Programu, osoby korzystające z określonych form pomocy nie mogą równocześnie korzystać z usługi opieki wytchnieniowej.*

6. Osoba z niepełnosprawnością nie kwalifikuje się do programu z uwagi na brak wymaganego stopnia niepełnosprawności

Po analizie dostarczonej dokumentacji ustalono, że osoba, której dotyczy wniosek, nie posiada orzeczenia o niepełnosprawności w stopniu wymaganym do uzyskania usługi opieki wytchnieniowej. Program „Opieka wytchnieniowa" – edycja 2026 przewiduje wsparcie dla osób z niepełnosprawnością o określonym stopniu, który w tym przypadku nie został spełniony.*

Z poważaniem

* *niepotrzebne usunąć*

Załącznik nr 10
do Regulaminu świadczenia usługi opieki wytchnieniowej
w ramach programu „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026
w formie pobytu całodobowego
w Domu Pomocy Społecznej w Jaworze

JAWOR, dnia ….....r.
(miejscowość, data)

OŚWIADCZENIE

o wcześniejszym korzystaniu lub niekorzystaniu

z usług opieki wytchnieniowej w innej gminie lub powiecie

Ja, niżej podpisana/y ….....

Adres zamieszkania: ….....

świadoma/y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań

oświadczam,

że do dnia …..... r.

zamieszkiwałam/em ….....
(podać adres)

i korzystałam/em / nie korzystałam/em z usług opieki wytchnieniowej*

w gminie/powiecie ….....
(podać gminę/powiat)

.....
(podpis opiekuna)

* *niepotrzebne skreślić*

Załącznik nr 11
do Regulaminu świadczenia usługi opieki wytchnieniowej
w ramach programu „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026
w formie pobytu całodobowego
w Domu Pomocy Społecznej w Jaworze

JAWOR, dnia ….....r.
(miejscowość, data)

INFORMACJA

o danych kontaktowych Opiekuna osoby z niepełnosprawnością

Ja , niżej podpisana/y udzielam informacji o moich danych kontaktowych:

Imię i nazwisko ……...……
Adres zamieszkania…….....…….
Nr telefonu (obowiązkowo)…….....
e-mail……

oraz danych kontaktowych osoby, która będzie dostępna pod moją nieobecność

Imię i nazwisko ……...……
Adres zamieszkania…….....…….
Nr telefonu (obowiązkowo)…….....
e-mail……

w celu udzielenia wszelkich informacji dotyczących mojej/go podopieczenj/go oraz jej/go pobytu w DPS, w tym o stanie zdrowia, jako osobie, która zobowiązuje się do przyjęcia odopiecznej/go do swojego mieszkania w przypadku nieodebrania podopiecznej/go przez Opiekuna.

….....
(podpis opiekuna)

Załącznik nr 12
do Regulaminu świadczenia usługi opieki wytchnieniowej
w ramach programu „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026
w formie pobytu całodobowego
w Domu Pomocy Społecznej w Jaworze

ZOBOWIĄZANIE OPIEKUNA
do niezwłocznego odbioru podopiecznego

Ja , niżej podpisana/y

Imię i nazwisko ……...……
Adres zamieszkania…….....…….
Nr telefonu (obowiązkowo)…….....
e-mail……

Opiekun osoby niepełnosprawnej:

Imię i nazwisko ……...……
Adres zamieszkania…….....…….

zobowiązuję się odebrać niezwłocznie moją/ego podopieczną/ego z Domu Pomocy Społecznej w przypadku, gdy jej/go stan zdrowia uniemożliwiał będzie dalszą realizację usługi.

….....
(podpis opiekuna)

Załącznik nr 13
do Regulaminu świadczenia usługi opieki wytchnieniowej
w ramach programu „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026
w formie pobytu całodobowego
w Domu Pomocy Społecznej w Jaworze

JAWOR, dnia ….....r.
(miejscowość, data)

ZOBOWIĄZANIE
do niezwłocznego wykupienia i dostarczenia leków

Ja , niżej podpisana/y

Imię i nazwisko ……...……
Adres zamieszkania…….....…….
Nr telefonu (obowiązkowo)…….....
e-mail……

Opiekun osoby niepełnosprawnej:

Imię i nazwisko ……...……
Adres zamieszkania…….....…….

zobowiązuję się do niezwłocznego wykupienia i dostarczenia leków zaleconych przez lekarza, w przypadku nagłego zachorowania mojej/go podopiecznej/go.

….....
(podpis opiekuna)

Załącznik nr 14
do Regulaminu świadczenia usługi opieki wytchnieniowej
w ramach programu „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026
w formie pobytu całodobowego
w Domu Pomocy Społecznej w Jaworze

JAWOR, dnia ….....r.
(miejscowość, data)

ZOBOWIĄZANIE
do odbioru podopiecznego po zakończeniu usługi opieki wytchnieniowej

Ja , niżej podpisana/y

Imię i nazwisko ……...……
Adres zamieszkania…….....…….
Nr telefonu (obowiązkowo)…….....
e-mail……

Opiekun osoby niepełnosprawnej:

Imię i nazwisko ……...……
Adres zamieszkania…….....…….

zobowiązuję się do odebrania mojej/go podopiecznej/go w dniu zakończenia usługi do godziny 15:00.

….....
(podpis opiekuna)

UMOWA Nr …...../ OW /2026
w sprawie pobytu w Domu Pomocy Społecznej
w ramach programu „Opieka Wytchnieniowa" - edycja 2026

zawarta w dniu……..... w Jaworze
pomiędzy:
Domem Pomocy Społecznej w Jaworze
Plac Seniora 3
59-400 Jawor
NIP: 614-118-05-62
REGON: 000847038
który reprezentuje:
Dyrektor Joanna Pokrywa
zwanym dalej **„DPS"**,
a
Imię i nazwisko ……...……
Adres zamieszkania…….....…….
nr PESEL…….
Nr telefonu (obowiązkowo)…….....
e-mail……
zwaną/ym dalej **„Opiekunem"**.

§1

1. Opiekun potwierdza, że wystąpił do DPS o udzielenie świadczeń w postaci usług i świadczeń opiekuńczych w formie opieki wytchnieniowej w DPS, położonym:

   □ Plac Seniora 3 w Jaworze,*

   □ Mierczyce 34,*

   □ ul. Kamiennogórska 3 w Bolkowie*

* *niepotrzebne skreślić*

w okresie od ……. do……,
na rzecz Pani/Pana:
……
(Imię i nazwiskoosoby niepełnosprawnej)
zamieszkałej/ego
….....…….....…….....……
(dokładny adres)
nr PESEL……....
zwanej/zwanym dalej „**Podopiecznym**".
w formie:
– pobytu całodobowego,

* *niepotrzebne skreślić*

2. Opiekun oświadcza, że sprawuje opiekę nad osobą wskazaną ust.1 jako:
   1) Opiekun prawny na podstawie prawomocnego orzeczenia Sądu …….....… Sygn. Akt.…… z dnia…….., którego kopia stanowi załącznik do niniejszej umowy;

   2) opiekun faktyczny;

   3) inne (podstawa prawna opieki oraz jej zakres) …….....…….....…….

3. Opiekun oświadcza, że:
1) w związku ze sprawowaniem opieki nad Podopiecznym, upoważnia DPS do udzielenia Pani/Panu ……. zamieszkałej/emu ……wszelkich informacji dotyczących niniejszej umowy oraz pobytu Podopiecznego w DPS określonym w ust.1., w tym o stanie zdrowia Podopiecznego - jako osobie, która zobowiązała się do przyjęcia Podopiecznego do swojego mieszkania w przypadku nieodebrania Podopiecznego przez Opiekuna lub ewentualnego w przypadku, gdy stan zdrowiapodopiecznej/go uniemożliwiał będzie dalszą realizację usługi lub zorganizowania odbioru i transportu zwłok w przypadku śmierci Podopiecznego w czasie pobytu w DPS;
2) nad Podopiecznym sprawuje opiekę na podstawie ust. 2 pkt 1 - 3 i że Podopieczny wyraził zgodę na pobyt w DPS oraz udostępnienie jego danych osobie trzeciej.*

* *niepotrzebne skreślić*

§2

1. W okresie pobytu Podopiecznego w DPS zobowiązuje się do świadczenia Podopiecznemu usług i świadczeń opiekuńczych w formie opieki wytchnieniowej w zakresie określonym w Regulaminie świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach programu „Opieka wytchnieniowa" - edycja 2026 w DPS przyjętym Zarządzeniem nr 7/2026 Dyrektora DPS z dnia 26.03.2026 r.
2. Umowę zawiera się na czas określony tj. na czas trwania pobytu Podopiecznego w DPS określonym w §1 ust. 1, na skutek złożonej przez Opiekuna *Karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa"* z dnia ……., z zastrzeżeniem ust. 3.
3. DPS zastrzega sobie, że ze względu na szczególny charakter opieki wytchnieniowej oraz niemożliwe do przewidzenia zdarzenia i sytuacje (np. nagłe pogorszenie stanu zdrowia podopiecznego, śmierć, wypadek, nieodebranie Podopiecznego z Ośrodka) termin obowiązania umowy może ulec zmianie, w szczególności na czas faktycznego pobytu Podopiecznego w DPS.

§3

Opiekun zobowiązany jest do:

1) dostarczenia Podopiecznego do DPS w dniu wskazanym w decyzji kierującej jako pierwszy dzień pobytu, w godzinach pomiędzy 7^{00} a 15^{00} oraz odebrania

Podopiecznego w dniu wskazanym w informacji jako dzień ostatni pobytu - do godz. 15^{00};

2) dostarczenia aktualnej dokumentacji medycznej Podopiecznego oraz wszelkich dokumentów wskazanych we wniosku;
3) zapewnienia Podopiecznemu podczas całego pobytu w DPS środków higieny osobistej, odzieży, lekarstw i środków medycznych zgodnie z zaleceniami lekarza;
4) utrzymywania stałego kontaktu telefonicznego z osobą znajdująca się w DPS oraz niezwłocznego odebrania Podopiecznego z DPS w sytuacji, gdy jego stan zdrowia, zachowanie zagraża bezpieczeństwu jego lub personelu lub innych mieszkańcó DPS lub inne przyczyny, zdarzenia losowe nie pozwolą na dalsze sprawowanie opieki nad Podopiecznym w DPS;
5) przestrzegania regulaminu organizacyjnego obowiązującego w DPS przyjętego Zarządzeniem Zarządu Powiatu Jaworskiego nr 22/2020 z dnia 21.04.2020 r;
6) respektowania decyzji DPS dotyczącej wstrzymania odwiedzin ze względu na bezpieczeństwo Podopiecznego oraz innych osób;
7) przypadku otrzymania informacji o śmierci Podopiecznego, w trakcie jego pobytu w DPS, Opiekun zobowiązany jest do podjęcia niezwłocznych działań związanych z odebraniem ciała z DPS i pochówkiem, to jest do niezwłocznego osobistego przybycia do DPS lub przybycia osoby upoważnionej do działania w tej sprawie wskazanej w §1 ust. 3;
8) Opiekun zobowiązany jest do zwrotu na rzecz DPS wszystkich kosztów poniesionych przez DPS na zorganizowanie transportu Podopiecznego do mieszkania upoważnionej osoby wskazanej w §1 ust.3. umowy, która zobowiązała się do przyjęcia Podopiecznego do swojego mieszkania w przypadku jego nieodebrania przez Opiekuna, a także do zwrotu na rzecz DPS wszystkich kosztów poniesionych przez DPS związanych z transportem, przechowaniem i pochówkiem Podopiecznego w przypadku jego zgonu podczas pobytu w Ośrodku jeśli czynności te zrealizował DPS.

§4

W przypadku zgonu Podopiecznego podczas pobytu w DPS i braku podjęcia niezwłocznych działań przez Opiekuna albo osobę trzecią wskazaną w §1 ust. 3. Opiekun upoważnia DPS na podstawie niniejszej umowy do zorganizowania transportu zwłok Podopiecznego do zakładu usług pogrzebowych wedle uznania DPS. Opiekun udziela DPS wszelkich uprawnień związanych z wyżej wymienioną sytuacją i jednocześnie zobowiązuje się do pokrycia wszelkich kosztów poniesionych przez DPS w związku z zaistniałą sytuacją.

§5

W przypadku nieodebrania Podopiecznego z Placówki w terminie określonym w § 3 ust. 1 umowy DPS uprawniony jest do obciążenia Opiekuna karą umowną w wysokości 1.000,00 zł za każdy rozpoczęty dodatkowy dzień pobytu Podopiecznego w DPS ponad termin wynikający z §1 ust. 1 niniejszej umowy. Kwota kary umownej w całości obciąża Opiekuna, na co wyraża on zgodę i zobowiązuje się zapłacić naliczoną karę na żądanie DPS w terminie 14 dni od dnia otrzymania wezwania, przelewem na konto o numerze 34 1020 5226 0000 6602 0869 9490

§6

1. Wszelkie zmiany umowy wymagają formy pisemnej, pod rygorem nieważności.
2. Wszelkie spory z tytułu umowy, których nie da się rozwiązać polubownie, będą rozstrzygane przez sąd właściwy ze względu na siedzibę DPS.
3. W sprawach nieobjętych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego i Kodeksu Rodzinnego i Opiekuńczego.

§7

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

…… ……

za DPS *Opiekun*

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.

Załącznik nr 17
do Regulaminu świadczenia usługi opieki wytchnieniowej
w ramach programu „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026
w formie pobytu całodobowego
w Domu Pomocy Społecznej w Jaworze

Karta realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

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: 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	Dni realizacji opieki wytchnieniowej	Liczba dób świadczonej opieki wytchnieniowej	Potwierdzenie realizacji usługi opieki wytchnieniowej przez osobę bądź placówkę, która ją realizowała	Podpis osoby objętej opieką wytchnieniową: członka rodziny /opiekuna osoby z niepełnosprawnością

4. Łączna liczba dób świadczonej usługi opieki wytchnieniowej w formie:
- całodobowej wynosi …….dób.

5. Potwierdzam zgodność karty realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026:

…….....
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 2026:

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

SPIS TREŚCI

Regulamin świadczenia usługi opieki wytchnieniowej w ramach programu „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 w formie pobytu całodobowego w Domu Pomocy Społecznej w Jaworze		1
§ 1	Postanowienia ogólne	1
§ 2	Zasady uczestnictwa w Programie „Opieka wytchnieniowa" – edycja 2026	2
§ 3	Zakres usługi i jej finansowanie	3
§ 4	Prawa opiekuna osoby niepełnosprawnej	4
§ 5	Obowiązki opiekuna osoby niepełnosprawnej	4
§ 6	Postanowienia końcowe	5
Załączniki		7
1	Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026	7
2	Klauzula informacyjna Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej dla pracowników urzędów wojewódzkich oraz pracowników urzędów gmin/powiatów, którzy uczestniczą w realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026	13
3	Klauzula informacyjna RODO w ramach programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026	14
4	Oświadczenie o wspólnym zamieszkiwaniu z osobą z niepełnosprawnością	16
5	Oświadczenie dotyczącego korzystania z różnych form wsparcia	17
6	Oświadczenie dotyczącego wyrażenia zgody na udzielenie pomocy medycznej	18
7	Informacja na temat lekarza POZ	19
8	Oświadczenie o zapoznaniu się z treścią Regulaminu świadczenia usługi opieki wytchnieniowej	20
9 A	Informacja o przyznaniu usługi opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa" – edycja 2026	21
9 B	Informacja o odmowie przyznania usługi opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa" – edycja 2026	22
10	Oświadczenie o wcześniejszym korzystaniu lub niekorzystaniu z usług opieki wytchnieniowej w innej gminie lub powiecie	24
11	Informacja o danych kontaktowych opiekuna osoby z niepełnosprawnością	25
12	Zobowiązanie opiekuna do niezwłocznego odbioru podopiecznego	26
13	Zobowiązanie do niezwłocznego wykupienia i dostarczenia leków	27
14	Zobowiązanie do odbioru podopiecznego po zakończeniu usługi opieki wytchnieniowej	28
15	Umowa w sprawie pobytu w domu pomocy społecznej w ramach programu „Opieka Wytchnieniowa" - edycja 2026	29
16	Ramowy plan dnia usługi opieki wytchnieniowej	33
17	Karta realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025	34