**Zarządzenie Nr 2/2025**

**Kierownika Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Lubawie**

**z dnia 2 stycznia 2025r.**

**w sprawie wprowadzenia Regulaminu realizacji**

**Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2025” w gminie Miejskiej Lubawa realizowanego przez**

**Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Lubawie**

Na podstawie § 10 ust. 8 Regulaminu Organizacyjnego Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Lubawie wprowadzonego do stosowania Zarządzeniem Nr 31/2024 Kierownika Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Lubawie z dnia 2 września 2025 roku w sprawie Regulaminu Organizacyjnego Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Lubawie zarządzam, co następuje:

§ 1

Wprowadzam do stosowania Regulamin realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025”w Gminie Miejskiej Lubawa realizowanego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Lubawie w brzmieniu załącznika do niniejszego zarządzenia.

§ 2

Zobowiązuję pracowników do zapoznania się i stosowania niniejszego Regulaminu.

§ 3

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Załącznik do Zarządzenia nr 2/2025

Kierownika Miejskiego Ośrodka Pomocy

Społecznej w Lubawie

z dnia 2 stycznia 2025

**Regulamin realizacji**

**Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2025” w Gminie Miejskiej Lubawa realizowanego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Lubawie**

Podstawa prawna:

- art. 17 ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U z 2024 poz. 1283 z późn. zm.)

- art. 7 ust. 5 oraz art. 13 ust. 2 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz.U. z 2024 r., poz. 296 z późn. zm)

**§ 1**

**Postanowienia ogólne**

1. Regulamin określa warunki rekrutacji i uczestnictwa wProgramie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2025” w Gminie Miejskiej Lubawa ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach rządowego Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2025”, zwanego dalej Programem.
2. Działania w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2025 realizowane są przez Gminę Miejską Lubawa/ Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Lubawie, zwany dalej Realizatorem usług w okresie od 1 stycznia 2025 r. do 31 grudnia 2025 r.
3. Głównym celem Programu „Opieka wytchnieniowa” jest wsparcie członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad:
4. dziećmi od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16 r. życia posiadającymi orzeczenie o niepełnosprawności,
5. osobami niepełnosprawnymi posiadającymi: orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2024 r. poz. 44,

z późn. zm.).

- poprzez możliwość uzyskania doraźnej, czasowej pomocy w formie usługi opieki wytchnieniowej.

1. Usługi opieki wytchnieniowej przysługują w przypadku zamieszkiwania członka rodziny lub opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą z niepełnosprawnością, która wymaga stałej opieki w zakresie potrzeb życiowych. Aktywność zawodowa członka rodziny lub opiekuna nie wyklucza z możliwości uzyskania usługi opieki wytchnieniowej.
2. Program realizowany będzie w formie pobytu dziennego, w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej.
3. Usługa opieki wytchnieniowej polega na czasowym odciążeniu od codziennych obowiązków łączących się ze sprawowaniem opieki nad osobą z niepełnosprawnością poprzez zapewnienie czasowego zastępstwa w tym zakresie dzięki któremu osoby zaangażowane na co dzień w sprawowanie opieki nad osobami z niepełnosprawnością dysponować będą czasem, który mogą przeznaczyć na odpoczynek i regenerację, jak również na załatwienie niezbędnych spraw życiowych
4. Usługi opieki wytchnieniowej mogą również służyć okresowemu zabezpieczeniu potrzeb osoby z niepełnosprawnością w sytuacji, gdy członkowie rodziny lub opiekunowie z różnych powodów nie będą mogli wykonywać swoich obowiązków.
5. Program skierowany jest do osób z niepełnosprawnością, członków ich rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobami z niepełnosprawnością mieszkającymi na wyłącznie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na terenie gminy zamieszkania w odniesieniu do członków rodziny lub opiekunów sprawujących opiekę nad osobami z niepełnosprawnością tj. na terenie gminy Miejskiej Lubawa.
6. Członek rodziny osoby z niepełnosprawnością lub opiekuna osoby z niepełnosprawnością może korzystać z usług opieki wytchnieniowej na terenie innej gminy lub powiatu niż gmina lub powiat właściwa ze względu na jego zamieszkiwanie i miejsce zamieszkiwania osoby z niepełnosprawnością nad która sprawuje bezpośrednią opiekę, jeśli gmina lub powiat właściwa ze względu na jego miejsce zamieszkania i miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością nie przystąpiła do realizacji Programu lub przystąpiła ale wyczerpane zostały środki z Funduszu przyznane gminie lub powiatowi, pod warunkiem zawarcia porozumienia pomiędzy zainteresowanymi jednostkami samorządu terytorialnego.
7. Program będzie realizowany od 1 stycznia 2025 r. do 31 grudnia 2025 r.
8. Jednostką realizującą Program jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Lubawie.

**§ 2**

**Rekrutacja do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2025**

1. Programem na terenie gminy Miejskiej Lubawa objęci zostaną członkowie rodzin lub opiekunowie zamieszkujących teren miasta Lubawa i sprawujących bezpośrednią opiekę nad dziećmi od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadającymi orzeczenie o niepełnosprawności oraz nad osobami niepełnosprawnymi posiadającymi orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, zwanych dalej Uczestnikami Programu.
2. Ośrodek kwalifikuje do przyznania usługi opieki wytchnieniowej na podstawie „*Karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2025* (załącznik nr 1 do Regulaminu) oraz kserokopii aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności wraz z dokumentami wymaganymi przez Realizatora.
3. Dokumenty będzie można składać w formie papierowej w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Lubawie ul. Rzepnikowskieggo 9A w godzinach urzędowania (poniedziałek- piątek w godzinach 715- 1515) lub za pośrednictwem profilu zaufanego ePUAP.
4. Kwalifikacja do Programu będzie otwarta i prowadzona w sposób ciągły przez cały czas trwania Programu na podstawie karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2025.
5. Informacja o naborze będzie ogłoszona na stronie internetowej MOPS Lubawa. Informacje o naborze będą również przekazywane przez pracowników socjalnych Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Lubawie.
6. Złożenie karty zgłoszenia oraz orzeczenia o niepełnosprawności nie jest jednoznaczne z zakwalifikowaniem do Programu.
7. Usługi opieki wytchnieniowej zgodnie z Programem będą przyznawane w pierwszej kolejności uwzględniając potrzeby
8. członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, która stale przebywa w domu i nie korzysta np. z ośrodka wsparcia, z placówek pobytu całodobowego, ze środowiskowego domu samopomocy, z dziennego domu pomocy, z warsztatów terapii zajęciowej
9. członków rodzin lub opiekunów niezatrudnionych, uczących się lub studiujących.
10. Przyznając usługi opieki wytchnieniowej brany będzie pod uwagę stan zdrowia i sytuacja życiowa uczestników Programu oraz osób z niepełnosprawnością.
11. Do rzetelnej kwalifikacji Uczestników Programu zastosowanie będzie miała sporządzona przez pracownika MOPS w Lubawie *Karta zakresu czynności w ramach usługi opieki wytchnieniowej do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025* (załącznik nr 2 do Regulaminu)
12. Przydzielenie pomocy w ramach Programu uzależniona jest od liczby osób z niepełnosprawnością oraz limitów godzin przysługujących dla poszczególnych grup osób z niepełnosprawnością zgodnie ze złożonym wnioskiem do Wojewody oraz przydzielonymi środkami finansowymi.
13. Realizator Programu przy rozpatrywaniu wniosków o wsparcie w formie usług „Opieka wytchnieniowa” zastrzega sobie możliwość pierwszeństwa przyznania usług dla następujących grup:
14. Członków rodziny lub opiekunów prawnych sprawujących opiekę nad osobą z niepełnosprawnością oraz osób z niepełnosprawnością niekorzystających z programów Ministerialnych, np. Programu „Opieka Wytchnieniowa”, Programu „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością” realizowanych przez gminę Miejską Lubawa lub inne podmioty;
15. Członków rodziny lub opiekunów prawnych sprawujących opiekę nad osobą z niepełnosprawnością oraz osób z niepełnosprawnością niekorzystających z innych form wsparcia, m.in. w formie usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej oraz innych usług finansowanych w ramach Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usług obejmujących analogiczne wsparcie do usługi opieki wytchnieniowej finansowane ze środków publicznych.
16. Członków rodziny lub opiekunów prawnych sprawujących opiekę nad osobą z niepełnosprawnością nie objętych wsparciem Programem „Opieka wytchniewniowa”- edycja 2024 i Programem „Opieka wytchnieniowa”- edycja 2023.
17. W przypadku przyznawania pomocy dla osób korzystających z wsparcia w ramach programu w latach ubiegłych pod uwagę zostanie brana konieczność kontynuowania tej formy pomocy oraz efektywność realizowanych usług opieki wytchnieniowej w latach ubiegłych.
18. Uczestnik zakwalifikowany do Programu otrzyma *Przyznanie wsparcia w formie usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2025* (załącznik nr 8 do Regulaminu), w którym zostanie określona forma świadczenia usług opieki wytchnieniowej (w ramach pobytu dziennego/ pobytu całodobowego) oraz okres usługi i wymiar usługi opieki wytchnieniowej (liczba godzin/ dni) wraz z informacją i prawach i obowiązkach wynikających z przyznania opieki wytchnieniowej.
19. W przypadku niezakwalifikowania uczestnika realizator zobowiązany jest poinformować członka rodziny lub opiekuna osoby z niepełnosprawnością w formie pisemnej o odmowie jej przyznania wraz z uzasadnieniem.
20. W sytuacji wystąpienia zdarzeń losowych (np. śmierć członka rodziny/ opiekuna osoby niepełnosprawnej lub jego nagły pobyt w szpitalu) usługa opieki wytchnieniowej może być przyznana bez Karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2025. Dokument ten powinien zostać uzupełniony niezwłocznie, kiedy sytuacja członka rodziny/ opiekuna osoby z niepełnoprawnością to umożliwia.
21. Realizator zastrzega sobie możliwość weryfikacji uczestników Programu pod kątem korzystania z innych form usług asystencji osobistej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach innych programów Ministerstwa dotyczących usług opieki wytchnieniowej.
22. Dokumentacja kwalifikacyjna do Programu nie podlega zwrotowi i będzie przetwarzana i przechowywana zgodnie z art. 13 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 dyrektyw 95/46WE (RODO).

**§ 3**

**Zasady uczestnictwa w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2024**

1. Do realizacji usługi zaangażowane mogą być osoby niebędące członkami rodzin osoby z niepełnosprawnością, opiekunami osoby z niepełnosprawnością lub osobami faktycznie zamieszkującymi razem z osobą z niepełnosprawnością, które:
2. posiadają dyplom potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie asystent osoby niepełnosprawnej, pielęgniarka, siostra PCK, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, fizjoterapeuta lub za zgodą realizatora Programu, w innych zawodach lub specjalnościach o charakterze medycznym lub opiekuńczym, lub
3. posiadają, co najmniej 6 miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnością, np. doświadczenie zawodowe, doświadczenie w udzielaniu wsparcia osobom z niepełnosprawnością w formie wolontariatu, które może zostać udokumentowane pisemnym oświadczeniem podmiotu, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnością, lub
4. zostaną wskazane przez uczestnika Programu *w Karcie zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2025* (załącznik nr 7 do Programu lub załącznik nr 6 do Regulaminu).
5. Uczestnik Programu ma prawo wyboru osoby, która będzie świadczyć usługi opieki wytchnieniowej poprzez wskazanie jej *w Karcie zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2025* oraz *Wskazaniu osoby do świadczenia usługi opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2025* (załącznik nr 5 do Regulaminu*)* z zastrzeżeniem, że nie może być to członek rodziny, o którym mowa w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2025tj. wstępni lub zstępni, krewni w linii bocznej, małżonek, wstępni oraz zstępni małżonka, krewni w linii bocznej małżonka, zięć, synowa, macocha, ojczym oraz osoby pozostające we wspólnym pożyciu, a także osoby pozostające w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością.
6. W przypadku nie wskazania przez Uczestnika kandydata do realizacji usługi Gmina może wskazać osobę do jej realizacji z uwzględnieniem wymagań określonych w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2025.
7. W przypadku, gdy usługi opieki wytchnieniowej będą świadczone dla członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad dziećmi od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadającymi orzeczenie o niepełnosprawności, w odniesieniu do osób świadczących tą usługę muszą zostać spełnione warunki określone w art. 21 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnymi ochronie małoletnich ( Dz. U z 2024 poz. 560 z późn. zm ), a w przypadku usług opieki wytchnieniowej świadczonej za zgodą gminy w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością lub innych miejscu wskazanym przez uczestnika lub realizatora Programu spełniającym kryteria dostępności o której mowa w ustawie z dnia 19 lipa 2019r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U z 2022 r. poz. 2240 z późn.zm) dodatkowo wymagana jest pisemna akceptacja osoby mającej świadczyć usługę ze strony rodzica małoletniego lub opiekuna prawnego małoletniego - *Akceptacja osoby do świadczenia usługi opieki wytchnieniowej wobec osoby małoletniej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowe” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2025* (załącznik nr 6 do Regulaminu).
8. Decyzję w zakresie wyboru formy zatrudnienia osób świadczących opiekę wytchnieniową podejmuje Realizator Programu.
9. Maksymalna długość świadczenia nieprzerwanego świadczenia usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego wynosi 12 godzin dla jednego uczestnika Programu z zastrzeżeniem limitów określonych w ust. 11 Programu.
10. Usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego realizowane są w godz. 6.00 do 22.00.
11. Gmina w pierwszej kolejności umożliwi osobie z niepełnosprawnością lub członkom rodziny /opiekunom sprawującym bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością samodzielny wybór miejsca realizacji usługi za zgodą gminy w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością lub za zgodą gminy w innym miejscu wskazany przez uczestnika lub realizatora Programu spełniającego kryteria dostępności na podstawie ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami.
12. W ramach Programu limit usługi opieki wytchnieniowej na jedną osobę z niepełnosprawnością w 2025 roku wynosi nie więcej niż 240 godzin w ramach pobytu dziennego
13. Limit, o której mowa powyżej dotyczy również:
14. członka rodziny osoby z niepełnosprawnością lub opiekuna osoby z niepełnosprawnością sprawującego bezpośrednią opiekę nad więcej niż jedną osobą z niepełnosprawnością;
15. więcej niż jednego członka rodziny osoby z niepełnosprawnością lub więcej niż jednego opiekuna osoby z niepełnosprawnością sprawujących bezpośrednią opiekę nad jedną osobą z niepełnosprawnością.
16. więcej niż jednego członka rodziny osoby z niepełnosprawnością lub więcej niż jednego opiekuna osoby z niepełnosprawnością sprawujących bezpośrednią opiekę nad więcej niż jedną osobą z niepełnosprawnością.
17. Usługi opieki wytchnieniowej dla członka rodziny (członków rodziny) lub opiekuna (opiekunów) sprawujących bezpośrednią opiekę nad więcej niż jedną osobą z niepełnosprawnością muszą być realizowane w tym samym czasie, z zastrzeżeniem zapewnienia adekwatnej opieki, stosownie do potrzeb osoby z niepełnosprawnością. W szczególnych przypadkach, gdy usługa opieki wytchnieniowej nie może lub nie powinna być wykonywana w tym samym czasie, za uprzednią zgodą realizatora Programu, usługi opieki wytchnieniowej dla członka rodziny (członków rodziny) lub opiekuna (opiekunów) sprawującego bezpośrednią opiekę nad więcej niż jedną osobą z niepełnosprawnością mogą być realizowane w innym czasie w odniesieniu do opieki wytchnieniowej sprawowanej nad każdą z osób z niepełnosprawnością, z zachowaniem warunków określonych w Programie.
18. Rodzaj i zakres godzinowy usługi opieki wytchnieniowej powinien być uzależniony od osobistej sytuacji osoby z niepełnosprawnością, z uwzględnieniem stopnia i rodzaju niepełnosprawności osoby z niepełnosprawnością, nad którą uczestnik Programu sprawuje opiekę.
19. W godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków Funduszu nie będą świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, inne usługi finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie do usług opieki wytchnieniowej finansowane ze środków publicznych.
20. W ramach usługi opieki wytchnieniowej zapewniane jest okresowe wsparcie w zabezpieczaniu potrzeb osoby z niepełnosprawnością, w zastępstwie członków rodzin lub opiekunów sprawujących na co dzień bezpośrednią opiekę.
21. Usługi opieki wytchnieniowej są realizowane na rzecz osoby z niepełnosprawnością i wskutek jej decyzji lub decyzji opiekuna prawnego, a nie dla poszczególnych członków rodziny osoby niepełnosprawnej.
22. Uczestnik Programu nie ponosi odpłatności za usługę opieki wytchnieniowej.
23. Każdy uczestnik Programu zobowiązany jest do niezwłocznego informowania realizatora Programu o wszelkich zmianach mających wpływ na prawo i warunki korzystania z usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu np. utrata statusu osoby z niepełnosprawnością, zmiana stopnia niepełnosprawności, korzystanie w danym roku kalendarzowym z usług opieki wytechnieniowej finansowanych ze środków Funduszu w ramach innych programów Ministra dotyczących usług opieki wytchnieniowej, nie później niż 7 dni od dnia nastąpienia zmiany.
24. Zmiana okoliczności mających wpływ na prawo i warunki korzystania z usług opieki wytchnieniowej będą skutkować zmianą przysługującego uczestnikowi Programu limitu godzin usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu w danym roku kalendarzowym. Nowy limit z uwzględnieniem wcześniej wykorzystanych w danym roku będzie ustalany od dnia, w którym nastąpiła zmiana okoliczności.
25. W przypadku zmiany miejsca zamieszkania/pobytu osoby z niepełnosprawnością poza teren miasta Lubawa lub zgonu osoby z niepełnosprawnością uczestnik Programu zobowiązany jest do złożenia do MOPS w Lubawie *Rezygnacji z uczestnictwa w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2025 (*załącznik nr 7 do Regulaminu).
26. W przypadku zmiany miejsca zamieszkania/pobytu uczestnik Programu planujący kontynuować udział w Programie składa do gminy/ powiatu w nowym miejscu zamieszkania/ pobytu Kartę zgłoszenia do Programu oraz oświadczenie o dotychczasowej formie świadczenia usługi opieki wytchnieniowej (w ramach pobytu dziennego/ w ramach pobytu całodobowego) i o dotychczasowym wymiarze przyznanej usługi opieki wytchnieniowej (liczba godzin/ liczba dni).
27. Realizator zastrzega sobie możliwość weryfikacji uczestników Programu pod kątem korzystania z innych form usług asystencji osobistej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach innych programów Ministerstwa dotyczących usług asystencji osobistej
28. Rozliczenie usługi opieki wytchnienowej następuje poprzez comiesięczne przedłożenie do MOPS w Lubawie *Karty realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2025* (załącznik nr 9 do Regulaminu) potwierdzonej podpisem przez uczestnika Programu określającej daty i miejsce realizacji opieki, liczbę i zakres godziny usługi.
29. Realizator Programu jest zobowiązany do prowadzenia kontroli i monitorowania świadczonych usługi opieki wytchnieniowej, które są prowadzone i dokumentowane bezpośrednio w miejscu realizacji usługi opieki wytchnieniowej w formie pisemnej lub elektronicznej za pomocą *Protokołu z kontroli i monitoringu świadczonych usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2025* (załącznik nr 10 do Regulaminu).

**§ 4**

**Postanowienia końcowe**

1. Osoba zakwalifikowana do Programu jest zobowiązana do respektowania zasad niniejszego Regulaminu oraz zapoznania się z Klauzulą informacyjną RODO Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2025 (załącznik nr 3 do Regulaminu).
2. W przypadku zaistnienia sytuacji nieuregulowanych niniejszym regulaminem, decyzje co do rozstrzygnięć podejmuje Kierownik MOPS w Lubawie zgodnie z zapisami Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2025 ogłoszonego przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.
3. Do Regulaminu załącza się następujące załączniki:
4. Załącznik nr 1 - Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2025;
5. Załącznik nr 2 Karta zakresu czynności w ramach usługi opieki wytchnieniowej do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025
6. Załącznik nr 3 - Klauzula informacyjna RODO Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025
7. Załącznik nr 4 - Oświadczenie Uczestnika Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025 o wspólnym zamieszkiwaniu i sprawowaniu bezpośredniej opieki nad osobą z niepełnosprawnością/ dzieckiem niepełnosprawnym;
8. Załącznik nr 5 – Wskazanie osoby do świadczenia usługi opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025
9. Załącznik nr 6 - Akceptacja osoby do świadczenia usługi opieki wytchnieniowej wobec osoby małoletniej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowe” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025;
10. Załącznik nr 7 - Rezygnacja z uczestnictwa w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025;
11. Załącznik nr 8 - Przyznanie wsparcia w formie usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025;
12. Załącznik nr 9 - Karta realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025;
13. Załącznik nr 10 – Protokół z kontroli i monitoringu świadczonych usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025.

Załącznik nr 1 do

Regulaminu realizacji Programu „Opieka

wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu

Terytorialnego – edycja 2025 w Gminie

Miejskiej Lubawa realizowanego przez

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Lubawie

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

1. **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:

………………………………………………………………………………………………………………………………………….

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

Imię i nazwisko: …………………………………………..……………………………………………………………………………………………

Data urodzenia: ………………………………………….………………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania: ……………………………………..…………………………………………………………………………………………………

Rodzaj niepełnosprawności:

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

W jakich czynnościach w szczególności wymagane jest wsparcie:

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

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

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

dzienna, miejsce wraz z adresem

……………………………………………………………………………………………………………………………………………\*

całodobowa, miejsce wraz z adresem ……………………………………………………………………………………………………………………………………………\*

w godzinach ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

w dniach …………………….………………………………………………………………………………………………………………………..

**III. Wskazanie osoby, która będzie świadczyła usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego**

Czy wskazuje Pan(i) osobę niebędącą członkiem rodziny osoby z niepełnosprawnością, opiekunem osoby z niepełnosprawnością lub osobą faktycznie zamieszkującą razem z osobą z niepełnosprawnością, która będzie świadczyła, za uprzednią zgodą gminy/powiatu, w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością albo innym miejscu wskazanym przez Pana(ią) lub realizatora Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, usług opieki wytchnieniowej?

**Tak  / Nie**

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

**IV. Oświadczenia:**

1. Oświadczam, że osoba z niepełnosprawnością w związku z opieką nad którą, ubiegam się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej posiada ważne orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności/orzeczenie traktowane na równi do orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2024 r. poz. 44 z późn. zm.)/ jest dzieckiem od ukończenia 2r. 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 monitorowania przez gminę/powiat, która/który realizuje Program „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, świadczonych usług opieki wytchnieniowej. Czynności o których mowa wyżej dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług.
3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.
4. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.
5. Oświadczam, że w godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego nie będą świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2024 r. poz.1283, z późn. zm.), inne usługi finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie do usług opieki wytchnieniowej finansowane ze środków publicznych.
6. Oświadczam, że aktualnie uczestniczę/nie uczestniczę\*\*\* bądź uczestniczyłem/ nie uczestniczyłem\*\*\* w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 lub innym programie resortowym Ministra Rodziny i Polityki Społecznej w 2025 r. w zakresie usług opieki wytchnieniowej, w tym w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025. W ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 i/lub innego programu resortowego Ministra Rodziny i Polityki Społecznej w 2025 r. w zakresie usług opieki wytchnieniowej, w tym w Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024 przyznano mi ……......................... *(wpisać liczbę godzin/dni)* godzin/dni opieki wytchnieniowej.
7. W przypadku wskazania w dziale III niniejszej Karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 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 2025:

1. świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego:
2. ośrodek wsparcia,
3. dom pomocy społecznej świadczący usługi wsparcia krótkoterminowego w formie dziennej,
4. 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, poz. 1283 z późn. zm.),
5. 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,
6. za uprzednią zgodą gminy/powiatu, miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
7. 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 z późn. zm.);
8. świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu całodobowego:
9. mieszkanie treningowe lub wspomagane (wyłącznie osoby pełnoletnie),
10. ośrodek wsparcia,
11. rodzinny domu pomocy,
12. dom pomocy społecznej świadczący usługi wsparcia krótkoterminowego w formie pobytu całodobowego,
13. 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,
14. placówka zapewniająca całodobową opiekę, o której mowa w ustawie z dnia z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,
15. 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,
16. za uprzednią zgodą gminy/powiatu, miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
17. 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.

Załącznik nr 2 do

Regulaminu realizacji Programu „Opieka

wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu

Terytorialnego – edycja 2025 w Gminie

Miejskiej Lubawa realizowanego przez

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Lubawie

**Karta zakresu czynności w ramach usługi opieki wytchnieniowej do Programu „Opieka wytchnieniowa ” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**

***Uwaga:*** *Zakres czynnościowy ustalany jest każdorazowo indywidualnie na podstawie autodiagnozy potrzeb osoby z niepełnosprawnością oraz katalogu ról społecznych, które osoba z niepełnosprawnością pełni lub chciałaby pełnić.*

Zakres czynności w szczególności dotyczy:

1. wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymania higieny osobistej:
   1. korzystanie z toalety
   2. mycie głowy, mycie ciała, kąpiel ;
   3. czesanie ;
   4. golenie ;
   5. wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu ;
   6. obcinanie paznokci rąk i nóg ;
   7. zmiana pozycji, np. przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, fotel, ułożenie się w łóżku, usadzenie w wózku ;
   8. zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń ;
   9. zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych ;
   10. przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów(w tym poprzez PEG i sondę) ;
   11. słanie łóżka i zmiana pościeli .
2. wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie:
   1. sprzątanie mieszkania w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci ;
   2. dokonywanie bieżących zakupów ;
   3. utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.) ;
   4. pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni ;
3. wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:
   1. pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością ;
   2. pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym ;
   3. pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym ;
   4. pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu ;
   5. pomoc podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami ;
4. wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:
   1. wyjście na spacer ;
   2. załatwianie spraw urzędowych ;
   3. pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, ;
   4. wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością ;
   5. w razie potrzeby wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji.

Opis sytuacji (zdrowotnej, zawodowej, rodzinnej) członka rodziny lub opiekuna osoby z niepełnosprawnością wpływającej na sprawowanie bezpośredniej opieki nad osobą z niepełnosprawnością ……………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

..……………………………………………………………………………………..

*Podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością*

Miejscowość, dnia ………………………

…………………………………………

( podpis pracownika )

……………………………………………

(data i podpis przyjmującego oświadczenie)

Załącznik nr 3 do

Regulaminu realizacji Programu „Opieka

wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu

Terytorialnego – edycja 2025 w Gminie

Miejskiej Lubawa realizowanego przez

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Lubawie

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

Zgodnie z art. 14 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.), zwanego dalej „RODO”, Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej informuje, że:

**Tożsamość administratora i dane kontaktowe**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Gmina Miejska Lubawa- Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Lubawie ul. Rzepnikowskiego 9A, nr tel/ 89 645 28 55**

**Dane kontaktowe inspektora ochrony danych osobowych**

W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych prosimy o kontakt z Inspektorem Ochrony Danych, drogą elektroniczną – adres email: *iod@ajip.pl*.

**Kategorie danych osobowych**

Przetwarzanie danych osobowych obejmuje następujące kategorie Pani/Pana danych:

W przypadku osoby świadczącej usługi opieki wytchnieniowej określonej w przyjętym przez Ministra Programie „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025: imię i nazwisko, miejsce pracy, stanowisko, adres e-mail, numer telefonu.

W przypadku uczestnika Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025: imię i nazwisko oraz dane określone w Karcie zgłoszenia do Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia kontroli, postępowania w trybie nadzoru lub sprawozdawczości.

**Cele przetwarzania i podstawa prawna przetwarzania**

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w zakresie niezbędnym do wykonania przez Ministra zadań związanych 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.

..……………………………………………………………………………………..

*Podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością*

Załącznik nr 4 do

Regulaminu realizacji Programu „Opieka

wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu

Terytorialnego – edycja 2025 w Gminie

Miejskiej Lubawa realizowanego przez

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Lubawie

**Oświadczenie**

**Uczestnika Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 o wspólnym zamieszkiwaniu i sprawowaniu bezpośredniej opieki nad osobą z niepełnosprawnością/ dzieckiem niepełnosprawnym**

Ja, niżej podpisany/a:

Imię i nazwisko…………………………..……………………………………………………………

Zamieszkały/a……………………………………..…………………………………………………..

Telefon……………………………………………………..…………………………………………..

Pouczony/ a odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny- za zeznania nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że w związku z ubieganiem o korzystanie z usług w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 realizowany przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Lubawie do realizacji usługi nad osobą z niepełnosprawnością w stopniu znacznym / dzieckiem niepełnosprawnym

………………………………………………………………………………………………………………………

*( imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością/ dziecka niepełnosprawnego )*

Oświadczam, że :

* + - 1. Sprawuję bezpośrednią opiekę nad w/wym osobą niepełnosprawną TAK / NIE\*

1. Zamieszkuję z w/wym osobą niepełnosprawną TAK/ NIE \*
2. Prowadzę wspólne gospodarstwo domowe z w/wym osobą niepełnosprawna TAK/ NIE\*
3. Osoba z niepełnosprawnością / dziecko niepełnosprawne stale przebywa w domu i nie korzysta np. z ośrodka wsparcia, z placówek pobytu całodobowego, ze środowiskowego domu samopomocy, z dziennego domu pomocy, z warsztatów terapii zajęciowej TAK/NIE\*

Jeśli korzysta z w/wym placówek wskazać podać nazwę i adres:………………………………………………….

4) Osoba z niepełnosprawnością / dziecko niepełnosprawne korzysta z usługi opiekuńczych lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, inne usługi finansowane ze środków Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie do usług opieki wytchnieniowej finansowane ze środków publicznych. TAK/ NIE\*

Jeśli korzysta w/wy usług wskazać rodzaj i zakres ………………………………………………………………..

1. Jestem osobą zatrudnioną TAK/ NIE\*

Jeśli tak to podać miejsce zatrudnienia……………………………………….……………………………………

1. Jestem osobą uczącą się lub studiującą TAK/ NIE\*

Jeśli tak to podać nazwę i miejsce …….………………………………………………………………………….

**Oświadczam, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenia fałszywego oświadczenia.**

*..…………………… ………………………………………………………………*

*( miejscowość, data ) (podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością*

……………………………………………

(data i podpis przyjmującego oświadczenie)

\*Niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 5 do

Regulaminu realizacji Programu „Opieka

wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu

Terytorialnego – edycja 2025 w Gminie

Miejskiej Lubawa realizowanego przez

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Lubawie

**Wskazanie osoby do świadczenia usługi opieki wytchnieniowej**

**w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**

Ja, niżej podpisany/a

Imię i nazwisko…………………………………………………………………………………

Zamieszkały/a…………………………………………………………………………………..

Telefon…………………………………………………………………………………………

W związku z ubieganiem się o korzystanie z usług w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 realizowany przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Lubawie do realizacji usługi opieki wytchnieniowej nad osobą z niepełnosprawnością w stopniu znacznym / dzieckiem niepełnosprawnym

……………………………………………………………………………………………………….

( dane osoby niepełnosprawnej/ dziecka niepełnosprawnego)

w miejscu realizacji usługi……………………………………………………………………

*( adres miejsca realizacji usługi*

Wskazuję niżej wymienioną osobę do realizacji usługi wytchnieniowej:

Imię i nazwisko osoby wskazanej ……………………………………………………………..

Zamieszkały/a…………………………………………………………………………………..

Telefon…………………………………………………………………………………………..

Pouczony/ a odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny- za zeznania nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, co następuje:

* + - 1. Wskazana przez mnie osoba jest przygotowana do realizacji wobec mnie usługi opieka wytchnieniowa zgodnie z Programem „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek

Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

* + - 1. Wskazana przez mnie osoba nie jest członkiem rodziny tj. zgodnie z wytycznymi Ministerstwa w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 są wstępni lub zstępni, krewni w linii bocznej, małżonek, wstępni oraz zstępni małżonka, krewni w linii bocznej małżonka, zięć, synowa, macocha, ojczym oraz osoba pozostające we wspólnym pożyciu, a także osoba pozostające w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością.

**Oświadczam, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za fałszywe oświadczenia .**

*..…………………… ………………………………………………………………*

*( miejscowość, data ) (podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością*

*……………………………………………*

*(data i podpis przyjmującego oświadczenie)*

Załącznik nr 6 do

Regulaminu realizacji Programu „Opieka

wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu

Terytorialnego – edycja 2025 w Gminie

Miejskiej Lubawa realizowanego przez

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Lubawie

**Akceptacja osoby do świadczenia usługi opieki wytchnieniowej wobec osoby małoletniej**

**w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego**

**- edycja 2025**

Ja, niżej podpisany/a

Imię i nazwisko………………………………………………………………………………

Zamieszkały/a………………………………………………………………………………..

Telefon………………………………………………………………………………………..

W związku z korzystaniem z usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa”dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2025 realizowanego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Lubawie, oświadczam, że akceptuję

Panią/ Pana…………………………………………………………

( imię i nazwisko osoby świadczącej usługi asystencji osobistej)

do realizacji usług asystencji osobistej wobec osoby małoletniej

………………………………………………………………………………………………….

( dane osoby małoletniej)

**Oświadczam, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za fałszywe oświadczenia .**

…………………… ……………………………………………

*(Miejscowość, data) (podpis rodzica /opiekuna prawnego osoby małoletniej )*

……………………………………………

*(data i podpis przyjmującego oświadczenie*

Załącznik nr 7 do

Regulaminu realizacji Programu „Opieka

wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu

Terytorialnego – edycja 2025 w Gminie

Miejskiej Lubawa realizowanego przez

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Lubawie

**Rezygnacja z uczestnictwa w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**

Ja, niżej podpisany/a

Imię i nazwisko………………………………………………………………………………

Zamieszkały/a………………………………………………………………………………..

Telefon………………………………………………………………………………………..

W związku z korzystaniem z usług opieka wytchnieniowa w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa”dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2025 realizowanego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Lubawie, oświadczam, że rezygnuje z wsparcia w formie usługi opieki wytchnieniowej od dnia

…………………………………… z powodu…………………………………………………

**Oświadczam, że jestem świadomy/ a odpowiedzialności karnej za fałszywe oświadczenia .**

*..…………………… ………………………………………………………………*

*( miejscowość, data ) (podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością*

*……………………………………………*

*(data i podpis przyjmującego oświadczenie)*

Załącznik nr 8 do

Regulaminu realizacji Programu „Opieka

wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu

Terytorialnego – edycja 2025 w Gminie

Miejskiej Lubawa realizowanego przez

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Lubawie

Lubawa, dnia ……………………..

Pani/Pan …………………

zam. ………………………..

**Przyznanie wsparcia w formie usługi opieki wytchnieniowej**

**w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**

Działając w imieniu Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Lubawie informuję, iż zostały Pani/Panu ……………………………………………………………………………….

zam……………………………………………………………………………………………...

przyznane usługi w ramach programu Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 w związku z sprawowaniem bezpośredniej opieki nad osobą z niepełnoprawnością / dzieckiem niepełnosprawnym………………………………………………………………………………

Usługi będą świadczone w okresie od ………………………… do …………………………

w ilości………………………………………………………………………………godzin

pod adresem …………………………... ……………………………………………………

Usługi będą świadczone w formie dziennej i będą obejmować usługi wskazane przez Panią/ Pana w *Kacie zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025* w niżej wymienionych zakresie:

* Wsparcie w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej;
* Wsparcie w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie;
* Wsparcie w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania;
* Wsparcie w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem.

…………………………………

( data i podpis Kierownika)

**POUCZENIE**

W ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2025 Uczestnikowi przysługują niżej wymienione prawa i obowiązkami:

**Prawa wynikające z przyznania usług opieki wytchnieniowej:**

1. Uczestnik Programu do wsparcia w formie usługi opieki wytchnieniowej kwalifikowany jest przez Realizatora Programu tj. Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Lubawie na podstawie *Karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2025* oraz zasad rekrutacji przyjętych przez Realizatora przyjętych w Regulaminie Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego”- edycja 2025 w gminie Miejskiej Lubawa realizowanego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Lubawie.
2. Uczestnik ma prawo do bezpłatnego udziału w Programie i korzystania ze wsparcia w formie usługi opieki wytchnieniowej przydzielonej przez Realizatora Programu, a ich zakres godzinowy jest uzależniony od osobistej sytuacji Uczestnika Programu, z uwzględnieniem stopnia i rodzaju niepełnosprawności osoby z niepełnosprawnością nad która uczestnik Programu sprawuje opiekę, z zastrzeżeniem limitów godzin określonych w Programie. Przyznając usługi opieki wytchnieniowej brany jest pod uwagę stan zdrowia i sytuacja życiowa uczestników Programu oraz osób z niepełnosprawnością.
3. Uczestnik ma prawo do korzystania z usług opieki wytchnieniowej wyłącznie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na terenie gminy zamieszkania w odniesieniu do członków rodziny lub opiekunów sprawujących opiekę nad osobami z niepełnosprawnością tj. gminy miejskiej Lubawa. Członek rodziny osoby z niepełnosprawnością lub opiekuna osoby z niepełnosprawnością może korzystać z usług opieki wytchnieniowej na terenie innej gminy lub powiatu niż gmina lub powiat właściwa ze względu na jego zamieszkiwanie i miejsce zamieszkiwania osoby z niepełnosprawnością nad która sprawuje bezpośrednią opiekę, jeśli gmina lub powiat właściwa ze względu na jego miejsce zamieszkania i miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością nie przystąpiła do realizacji Programu lub przystąpiła ale wyczerpane zostały środki z Funduszu przyznane gminie lub powiatowi, pod warunkiem zawarcia porozumienia pomiędzy zainteresowanymi jednostkami samorządu terytorialnego.
4. Uczestnik ma prawo do korzystania z usługi opieki wytchnieniowej, której celem jest okresowe zapewniane wsparcie w zabezpieczaniu potrzeb osoby z niepełnosprawnością, w zastępstwie członków rodzin lub opiekunów sprawujących na co dzień bezpośrednią opiekę i usługi te realizowane są wyłącznie na rzecz osoby z niepełnosprawnością i wskutek jej decyzji lub decyzji opiekuna prawnego, a nie dla poszczególnych członków rodziny osoby niepełnosprawnej w zakresie wsparcia określonego w Programie i wskazanych w *Kacie zakresu czynności w ramach usług opieki wytchnieniowej do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2025.*
5. Uczestnik ma prawo do korzystania z usługi opieki wytchnieniowej maksymalnie 12 godzin świadczenia nieprzerwanego usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego dla jednego uczestnika Programu z zastrzeżeniem limitów określonych w Programie tj. 240 godzin. Usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego realizowane są w godz. 6.00 do 22.00.
6. Usługi opieki wytchnieniowej dla członka rodziny (członków rodziny) lub opiekuna (opiekunów) sprawujących bezpośrednią opiekę nad więcej niż jedną osobą z niepełnosprawnością muszą być realizowane w tym samym czasie, z zastrzeżeniem zapewnienia adekwatnej opieki, stosownie do potrzeb osoby z niepełnosprawnością. W szczególnych przypadkach, gdy usługa opieki wytchnieniowej nie może lub nie powinna być wykonywana w tym samym czasie, za uprzednią zgodą realizatora Programu, usługi opieki wytchnieniowej dla członka rodziny (członków rodziny) lub opiekuna (opiekunów) sprawującego bezpośrednią opiekę nad więcej niż jedną osobą z niepełnosprawnością mogą być realizowane w innym czasie w odniesieniu do opieki wytchnieniowej sprawowanej nad każdą z osób z niepełnosprawnością, z zachowaniem warunków określonych w Programie.
7. Osobie z niepełnosprawnością lub członek rodziny /opiekun sprawującym bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością mają samodzielny wybór miejsca realizacji usługi za zgodą gminy w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością lub za zgodą gminy w innym miejscu wskazany przez uczestnika lub realizatora Programu spełniającego kryteria dostępności na podstawie ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami.
8. Uczestnik Programu ma prawo wyboru osoby, która będzie świadczyć usługi opieki wytchnieniowej poprzez wskazanie jej *w Karcie zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2025 oraz Wskazaniu osoby do świadczenia usługi opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka Wytchnieniowe: dla Jednostek Samorządu Terytorialnego* (załącznik nr 5 do Regulaminu*)* z wyłączeniem członków rodziny, którymi zgodnie z Programem i wytycznymi Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej są: wstępni lub zstępni, krewni w linii bocznej, małżonek, wstępni oraz zstępni małżonka, krewni w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę, ojczym oraz osoby pozostające we wspólnym pożyciu, a także osoby pozostające w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością. W przypadku nie wskazania przez Uczestnika kandydata do realizacji usługi Gmina może wskazać osobę do jej realizacji z uwzględnieniem wymagań określonych w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2025. Decyzję w zakresie wyboru formy zatrudnienia osób świadczących opiekę wytchnieniową podejmuje realizator Programu.
9. W przypadku, gdy usługi opieki wytchnieniowej będą świadczone dla członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad dziećmi od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadającymi orzeczenie o niepełnosprawności, w odniesieniu do osób świadczących tą usługę muszą zostać spełnione warunki określone w art. 21 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnymi ochronie małoletnich ( Dz. U z 2024 poz. 560 z późn. zm ), a w przypadku usług opieki wytchnieniowej świadczonej za zgodą gminy w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością lub innych miejscu wskazanym przez uczestnika lub realizatora Programu spełniającym kryteria dostępności o której mowa w ustawie z dnia 19 lipa 2019r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U z 2022 r. poz. 2240 z późn.zm) dodatkowo wymagana jest pisemna akceptacja osoby mającej świadczyć usługę ze strony rodzica małoletniego lub opiekuna prawnego małoletniego (załącznik nr 6 do Regulaminu).
10. W przypadku zmiany miejsca zamieszkania/pobytu uczestnik Programu planujący kontynuować udział w Programie ma prawo złożenia do gminy/ powiatu w nowym miejscu zamieszkania/ pobytu Kartę zgłoszenia do Programu oraz oświadczenie o dotychczasowej formie świadczenia usługi opieki wytchnieniowej ( w ramach pobytu dziennego/ w ramach pobytu całodobowego) i o dotychczasowym wymiarze przyznanej usługi opieki wytchnieniowej ( liczba godzin/ liczba dni).

**Obowiązki wynikające z przyznania usług opieki wytchnieniowej:**

1. Osoba zakwalifikowana do Programu zobowiązana jest do zapoznania się z treścią Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 oraz do respektowania zasad Regulaminu Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego”- edycja 2025 w gminie Miejskiej Lubawa realizowanego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Lubawie.
2. Uczestnik Programu zobowiązany jest do niezwłocznego informowania realizatora Programu o wszelkich zmianach mających wpływ na prawo i warunki korzystania z usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu np. utrata statusu osoby z niepełnosprawnością, zmiana stopnia niepełnosprawności, korzystanie w danym roku kalendarzowym z usług opieki wytechnieniowej finansowanych ze środków Funduszu w ramach innych programów Ministra dotyczących usług opieki wytchnieniowej, nie później niż 7 dni od dnia nastąpienia zmiany.

Zmiana stopnia niepełnosprawności uczestnika lub korzystanie przez uczestnika w danym roku kalendarzowym z usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach innych programów Ministerstwa będzie skutkować zmianą przysługującego uczestnikowi limitu godzin usługi asystencji osobistej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach Programu w danym roku kalendarzowym. Nowy limit godzin będzie ustalony od dnia, w którym nastąpiły zmiany ww. okoliczności.

1. W przypadku zmiany miejsca zamieszkania uczestnik Programu lub osoby z niepełnosprawnej nad którą sprawowana jest opieka Uczestnik zobowiązany jest do złożenia *Rezygnacji z uczestnictwa w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025.*
2. Uczestnik programu ma obowiązek uczestnictwa w zaplanowanych wobec niego formach wsparcia oraz comiesięcznego rozliczania usług opieki wythcnieniowej na podstawie wypełnionej *Karty realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego -edycja 2025* oraz wcześniejszego poinformowania osoby świadczącej usługę o nieobecności w terminie umówionego spotkania.
3. Uczestnik ma obowiązek wypełniania dokumentów związanych z realizacją programu „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 oraz umożliwienie monitorowania i kontrolowanie realizacji usługi przez realizatora Programu w miejscu realizacji usługi.
4. Uczestnik ma obowiązek przestrzegania, że w godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej nie mogą być świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, inne usługi finansowane w ramach środków Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie do usługi opieki wytchnieniowej finansowane ze środków publicznych.

Załącznik nr 9 do

Regulaminu realizacji Programu „Opieka

wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu

Terytorialnego – edycja 2025 w Gminie

Miejskiej Lubawa realizowanego przez

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Lubawie

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

1. **Dane osoby, której przyznane zostały usługi opieki wytchnieniowej (członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością):**

Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania: …………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Telefon: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

E-mail: …………………………………………………........................................................................................................

1. **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: ……………………………………………………………………………………………………………………………………….……

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

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(Uwaga: Kartę realizacji usług należy uzupełniać na bieżąco)

| **Lp.** | Data realizacji opieki wytchnieniowej | Miejsce realizacji opieki wytchnieniowej | Godziny/dni realizacji opieki wytchnieniowej | Liczba godzin/dni świadczonej opieki wytchnieniowej | Potwierdzenie realizacji usługi opieki wytchnieniowej przez osobę bądź placówkę, która ją realizowała | Podpis osoby objętej opieką wytchnieniową: członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |  |  |

1. Łączna liczba godzin/dni świadczonej usługi opieki wytchnieniowej w formie:
2. dziennej wynosi ………….. godzin;
3. całodobowej wynosi …………….dni.
4. 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*

1. 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*

\*Należy podkreślić realizowaną formę usług.

Załącznik nr 10 do

Regulaminu realizacji Programu „Opieka

wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu

Terytorialnego – edycja 2025 w Gminie

Miejskiej Lubawa realizowanego przez

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Lubawie

**Protokół**

**z kontroli i monitoringu świadczonych usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**

……………………………………………

(pieczątka Realizatora Programu )

**PROTOKÓŁ Nr ………**

z przeprowadzonej w dniu …………………………… monitoringu/kontroli jakości świadczonych usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 u

Pani/ Pana………………………………………………..……………………………………..

*(dane uczestnika Programu)*

sprawującego opiekę nad ………………………………………………………………………..

*( dane osoby z niepełnosprawnością/ dziecka niepełnosprawnego*

I. Dane miejsce monitoringu/ kontroli:

…………………………………………………………………………………………………

( adres oraz dane uczestnika Programu, dane osoby z niepełnosprawnością )

………………………………………………………………………………………………….

II. Dane pracowników przeprowadzających monitoring/ kontrolę:

1. ………………………………………………………………………………………

*( imię i nazwisko, stanowisko służbowe)*

1. ………………………………………………………………………………………

*( imię i nazwisko, stanowisko służbowe)*

III. Opis przebiegu monitoringu/ kontroli:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

IV. Wnioski z przeprowadzonego monitoringu/ kontroli

…………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………….

*..……………………………………………………………*

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

………………………………………..

(Data i podpis osób przeprowadzających monitoring/ kontrolę

…………………………………………

(Data i podpis osób przeprowadzających monitoring/ kontrolę)