

**REGULAMIN**  
**wyboru Uczestników i realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek**  
**Samorządu Terytorialnego - edycja 2026**

**§ 1**

**Postanowienia ogólne**

Niniejszy Regulamin określa warunki wyboru Uczestników, mających korzystać z wsparcia w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 oraz zasady realizacji przedmiotowego Programu.

**§ 2**

**Definicje**

Użyte w Regulaminie pojęcia oznaczają:

1. **MOPS** - Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Bartoszycach;
2. **Program** - Program „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026;
3. **Regulamin** - Regulamin wyboru Uczestników Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026;
4. **Uczestnik Programu** - członek rodziny lub opiekun, który wymaga wsparcia w postaci doraźnej, czasowej przerwy w sprawowaniu bezpośredniej opieki nad:
  - 4.1. dzieckiem od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia, posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności lub,
  - 4.2. osobą niepełnosprawną posiadającą:
    - a) orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo
    - b) orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,a będący mieszkańcem Gminy Miejskiej Bartoszyce.  
Ze wsparcia w formie pobytu całodobowego mogą korzystać jedynie osoby pełnoletnie, które ukończyły 18 rok życia.
5. **Opieka wytchnieniowa** - czasowa pomoc polegająca na odciążeniu Uczestnika Programu od codziennych obowiązków łączących się ze sprawowaniem opieki nad osobą z niepełnosprawnością, poprzez zapewnienie czasowego zastępstwa w tym zakresie, w ramach:
  - 5.1. pobytu dziennego w miejscu zamieszkania Uczestnika Programu i osoby z niepełnosprawnością,
  - 5.2. pobytu całodobowego w domu pomocy społecznej, świadczącym usługi wsparcia krótkoterminowego.
6. **DPS** - Dom Pomocy Społecznej świadczący usługi wsparcia krótkoterminowego w formie pobytu całodobowego.

### § 3

#### **Pomoc świadczona w ramach Opieki wytchnieniowej**

1. MOPS zapewnia Opiekę wytchnieniową mieszkańcom Gminy Miejskiej Bartoszyce, spełniającym kryteria określone w Programie, a przywołane w § 2 pkt 4 Regulaminu.
2. Objęcie Opieką wytchnieniową oraz jej zakres uzależnione są od potrzeb, stanu zdrowia i sytuacji życiowej Uczestnika Programu oraz osoby z niepełnosprawnością. Uwzględnia się również możliwości MOPS.
3. W pierwszej kolejności zostaną uwzględnione potrzeby osób, których szczegółowy zakres został określony w § 11 niniejszego Regulaminu.
4. Aktywność zawodowa nie wyklucza członka rodziny lub opiekuna z możliwości uzyskania usługi Opieki wytchnieniowej.
5. W godzinach realizacji usług Opieki wytchnieniowej nie mogą być świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, inne usługi finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego, Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie do usług Opieki wytchnieniowej finansowane ze środków publicznych.
6. Każdorazowa zmiana warunków realizacji usługi Opieki wytchnieniowej powinna być niezwłocznie zgłoszona w MOPS przez osobę realizującą usługę oraz Uczestnika Programu, nie później niż w ciągu 7 dni od dnia nastąpienia zmiany.
7. Usługi Opieki wytchnieniowej są wyłącznie uzupełnieniem usług opiekuńczych i nie mogą ich zastępować, ani ograniczać.
8. Rezygnacja z uczestnictwa w Programie może nastąpić w trakcie jego trwania w każdej chwili. Uczestnik Programu zobowiązany jest do złożenia pisemnej rezygnacji z podaniem jej powodu.

### § 4

#### **Pomoc świadczona w ramach pobytu dziennego w miejscu zamieszkania**

1. Uczestnik Programu może wskazać osobę realizującą usługę Opieki wytchnieniowej. W przypadku braku wskazania, osoba ta zostaje przydzielona przez MOPS.
2. Rodzaj i zakres usług Opieki wytchnieniowej będzie uzależniony od indywidualnej sytuacji Uczestnika Programu.
3. Usługi będą realizowane w oparciu o *Miesięczny indywidualny harmonogram świadczenia usługi Opieki wytchnieniowej* stanowiący załącznik nr 6 do niniejszego Regulaminu, uzgodniony i zaakceptowany każdorazowo przez Uczestnika Programu oraz osobę realizującą usługę. Rejonowi pracownicy socjalni dokonują comiesięcznych ustaleń z osobą/rodziną objętą usługą w celu przygotowania Miesięcznych indywidualnych harmonogramów na kolejny miesiąc, najpóźniej do 15-go dnia każdego miesiąca poprzedzającego miesiąc realizacji usług - ustalenia przekazują do Kierownika Działu I. W przypadku braku informacji ze strony Uczestnika Programu, Realizator zastrzega sobie możliwość samodzielnego określenia ww. terminów.  
W przypadku konieczności zmiany ww. harmonogramu strony uzgodnią i sporządzą aneks do harmonogramu. Zmiany takie dopuszczalne są jedynie w przypadku wystąpienia ważnych sytuacji osobistych (na przykład choroba, pobyt w szpitalu, rehabilitacja) lub nagłych zdarzeń o charakterze losowym.
4. Ze względu na duże zainteresowanie usługami Opieki wytchnieniowej oraz niewystarczający poziom otrzymanego przez Gminę dofinansowania, limity godzin wynikające z warunków Programu mogą ulec zmniejszeniu.
5. Podczas realizacji usług Opieki wytchnieniowej wykonywane mogą być wyłącznie czynności wykazane w załączniku nr 7 do Programu (*Karta zgłoszenia do Programu „Opieka*

Program „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026,  
finansowany jest ze środków Funduszu Solidarnościowego



wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026), stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu.

6. Uczestnik Programu, zgłaszając chęć udziału w Programie, wyraża zgodę na doraźne kontrole realizacji usług Opieki wytchnieniowej w miejscu wskazanym w *Miesięcznym indywidualnym harmonogramie świadczenia usługi Opieki wytchnieniowej*. Z przeprowadzonych kontroli sporządza się protokoły.

## **§ 5**

### **Pomoc świadczona w ramach pobytu całodobowego w domu pomocy społecznej, świadczącym usługi wsparcia krótkoterminowego.**

1. Usługi będą realizowane w oparciu o Umowę zawartą pomiędzy MOPS, a DPS. Rozpoczęcie pobytu osób z niepełnosprawnościami możliwe będzie po wcześniejszym wskazaniu terminu przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Bartoszycach. Przyjęcia i zakończenia pobytu osób objętych usługą odbywać się będą w godzinach 8.00 - 12.00.
2. Realizacja usługi Opieki wytchnieniowej winna być udokumentowana ostatniego dnia świadczenia usługi opieki całodobowej złożeniem podpisu przez Uczestnika Programu w *Karcie realizacji usług Opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026* (załącznik nr 2 do Regulaminu). W przypadku odmowy podpisania *Karty realizacji usług*, Uczestnik jest zobowiązany podać powód odmowy. DPS odnotowuje odmowę podpisania karty i powód odmowy.
3. Uczestnik Programu, zgłaszając chęć udziału w *Programie*, wyraża zgodę na doraźne kontrole realizacji usług Opieki wytchnieniowej w miejscu ich realizacji. Z przeprowadzonych kontroli sporządza się protokoły.

## **§ 6**

### **Prawa i obowiązki Uczestnika Programu - pomoc świadczona w ramach pobytu dziennego w miejscu zamieszkania**

#### **1. Uczestnik Programu ma prawo do:**

- 1) pomocy osoby wykonującej usługę Opieki wytchnieniowej w wymiarze i zakresie ustalonym przez MOPS;
- 2) bycia traktowanym przez osobę wykonującą usługę Opieki wytchnieniowej z szacunkiem oraz zachowaniem form grzecznościowych;
- 3) poszanowania jego godności, uczuć i światopoglądu, a także poszanowania woli w zakresie sposobu wykonywania usług Opieki wytchnieniowej, jeśli nie wiąże się to z obniżeniem jakości usług lub ich opóźnieniem;
- 4) wymagania od osoby świadczącej usługę sumienności i staranności oraz wykonywania czynności zgodnie z zasadami bezpieczeństwa i higieny pracy;
- 5) zachowania przez osobę realizującą usługę Opieki wytchnieniowej tajemnicy w zakresie danych i informacji oraz sytuacji zdrowotnej, życiowej i materialnej Uczestnika oraz osób zamieszkujących wspólnie z Uczestnikiem;
- 6) otrzymywania informacji o nieobecności osoby realizującej usługę Opieki wytchnieniowej lub o jej zastępstwie, przekazanej przez osobę realizującą usługę i potwierdzonej przez MOPS;
- 7) przekazywania, do odpowiedzialnego za realizację zadania pracownika MOPS, uwag dotyczących niewłaściwego sposobu realizacji i jakości usług świadczonych na jego rzecz.



## **2. Uczestnik Programu jest zobowiązany do:**

- 1) współpracy, w miarę możliwości, przy realizacji usług Opieki wytchnieniowej z MOPS oraz osobą realizującą usługę;
- 2) składania, na prośbę Realizatora, pisemnych oświadczeń niezbędnych do prawidłowej realizacji Programu (odmowa złożenia ww. oświadczenia może skutkować wstrzymaniem udzielanego wsparcia);
- 3) traktowania osoby realizującej usługę z należyтым szacunkiem, z zachowaniem form grzecznościowych i zasad kultury osobistej;
- 4) nieprzekraczania granic prywatności w relacjach z osobą realizującą usługę oraz niewykorzystywania relacji z tą osobą do realizacji własnych interesów;
- 5) współpracy z osobą realizującą usługę bez względu na jej wygląd, pochodzenie, wiek, płeć, itp.;
- 6) wymagania od osoby realizującej usługę opieki wytchnieniowej wykonywania jedynie tych zadań, które zostały uwzględnione w *Karcie zgłoszenia do Programu* oraz niniejszym Regulaminie;
- 7) umożliwienia osobie realizującej usługę wejścia do mieszkania w ustalonych godzinach realizacji usługi (zgodnie z *Miesięcznym indywidualnym harmonogramem świadczenia usługi Opieki Wytchnieniowej*);
- 8) bieżącego (w dniu realizacji usługi) potwierdzania czytelnym podpisem realizacji usług na *Karcie realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026* (zwanej dalej *Kartą realizacji usług*, stanowiącej załącznik nr 2 do Regulaminu - załącznik nr 8 do Programu). W przypadku odmowy podpisania *Karty realizacji usług*, Uczestnik jest zobowiązany podać powód odmowy. Osoba realizująca usługę odnotowuje odmowę podpisania karty i powód odmowy;
- 9) niezwłocznego przekazania osobie świadczącej usługę oraz MOPS informacji o planowanych, a także nieprzewidzianych nieobecnościach, powodujących brak możliwości realizacji usługi;
- 10) respektowania zasad niniejszego Regulaminu.

**3.** W sytuacji agresywnego zachowania osoby z niepełnosprawnością, stwarzającego zagrożenie dla niego lub bezpieczeństwa innych osób oraz uniemożliwiającego dalsze wykonywanie usługi, Uczestnik Programu, zobowiązuje się do niezwłocznego przybycia na wezwanie osoby świadczącej usługę opieki wytchnieniowej oraz przejęcia opieki nad osobą z niepełnosprawnością, wobec której świadczone są usługi.

**4.** Każdy Uczestnik Programu zobowiązany jest do informowania pracownika MOPS odpowiedzialnego za realizację zadania o wszelkich nieprawidłowościach w realizacji usług.

**5.** Jako zachowania niedopuszczalne w stosunku do osoby realizującej usługę traktuje się:

- 1) stosowanie przemocy (popychanie, szturchanie, rzucanie przedmiotami, itp.);
- 2) podnoszenie głosu;
- 3) stosowanie obraźliwych i wulgarnych zwrotów;
- 4) zachowania przekraczające granice sfery intymnej.

## **6. Uczestnik Programu nie powinien:**

- 1) pożyczać pieniędzy osobie realizującej usługę Opieki wytchnieniowej;
- 2) pożyczać pieniędzy od osoby realizującej usługę;
- 3) przekazywać korzyści majątkowych osobie realizującej usługę, w szczególności mieszkania, pieniędzy, cennych przedmiotów itp.;
- 4) udzielać osobie realizującej usługę pełnomocnictwa, w tym notarialnego do rozporządzania swoim majątkiem, ani do reprezentowania przed władzami państwowymi, urzędami, organami administracji publicznej, sądami, podmiotami gospodarczymi,



osobami fizycznymi, a także do składania oświadczeń oraz wniosków procesowych w kontaktach z wymienionymi podmiotami.

## **§ 7**

### **Prawa i obowiązki Uczestnika Programu - pomoc świadczona w ramach pobytu całodobowego w domu pomocy społecznej, świadczącym usługi wsparcia krótkoterminowego.**

#### **1. Uczestnik Programu ma prawo do:**

- 1) pomocy w formie wsparcia całodobowego w wymiarze i zakresie ustalonym przez MOPS;
- 2) bycia traktowanym przez pracowników DPS realizujących wsparcie z szacunkiem oraz zachowaniem form grzecznościowych;
- 3) poszanowania jego godności, uczuć i światopoglądu, a także poszanowania woli w zakresie sposobu wykonywania usług Opieki wytnieniowej, jeśli nie wiąże się to z obniżeniem jakości usług lub ich opóźnieniem;
- 4) wymagania od DPS sumienności i staranności oraz wykonywania czynności zgodnie z zasadami bezpieczeństwa i higieny pracy;
- 5) zachowania przez pracowników DPS tajemnicy w zakresie danych i informacji oraz sytuacji zdrowotnej, życiowej i materialnej Uczestnika oraz osoby z niepełnosprawnością.

#### **2. Uczestnik Programu jest zobowiązany do:**

- 1) współpracy, w miarę możliwości, przy realizacji usług Opieki wytnieniowej z MOPS oraz DPS realizującym usługę;
- 2) składania, na prośbę MOPS, pisemnych oświadczeń niezbędnych do prawidłowej realizacji Programu (odmowa złożenia ww. oświadczeń może skutkować wstrzymaniem udzielanego wsparcia);
- 3) traktowania pracowników DPS z należyтым szacunkiem, z zachowaniem form grzecznościowych i zasad kultury osobistej;
- 4) przywiezienia i odwiezienia osoby z niepełnosprawnościami z miejsca jej zamieszkania do miejsca opieki całodobowej;
- 5) zapewnienia osobie z niepełnosprawnościami leków wraz z harmonogramem ich przyjmowania oraz sprzętu ortopedycznego używanego w trakcie pobytu całodobowego (np. wózka, balkonika, itp.), a także poinformowania DPS o wymogach diety/posiłków osoby z niepełnosprawnościami;
- 6) zabezpieczenia bielizny osobistej, odzieży wierzchniej oraz nocnej na cały okres pobytu, dostosowanej do bieżącej temperatury;
- 7) zachowania tajemnicy w zakresie danych i informacji oraz sytuacji zdrowotnej, życiowej i materialnej mieszkańców DPS;
- 8) respektowania zasad niniejszego Regulaminu;
- 9) w sytuacji agresywnego zachowania się osoby z niepełnosprawnością, stwarzającego zagrożenie dla niego lub bezpieczeństwa innych osób lub uniemożliwiającego dalsze wykonywanie usługi, DPS może zaprzestać świadczenia Opieki wytnieniowej. Uczestnik Programu, zobowiązuje się wówczas do niezwłocznego przybycia na wezwanie DPS i przejęcia opieki nad osobą z niepełnosprawnością;
- 10) Uczestnik Programu zobowiązany jest do informowania pracownika MOPS odpowiedzialnego za realizację zadania o wszelkich nieprawidłowościach w realizacji usług.



### 3. Osoba z niepełnosprawnością ma prawo do:

- 1) pomocy w formie wsparcia całodobowego w wymiarze i zakresie ustalonym przez MOPS;
- 2) bycia traktowanym przez pracowników DPS realizujących wsparcie z szacunkiem oraz zachowaniem form grzecznościowych;
- 3) poszanowania jego godności, uczuć i światopoglądu, a także poszanowania woli w zakresie sposobu wykonywania usług Opieki wytchnieniowej, jeśli nie wiąże się to z obniżeniem jakości usług lub ich opóźnieniem;
- 4) zachowania przez pracowników DPS tajemnicy w zakresie danych i informacji oraz sytuacji zdrowotnej, życiowej i materialnej osoby z niepełnosprawnością.

## § 8

### Zasady współpracy pomiędzy MOPS, a DPS

1. DPS będzie zobowiązany do zapewnienia osobie z niepełnosprawnościami:
  - 1.1. miejsca pobytu całodobowego, wyżywienia, utrzymania czystości przy czym miejsce pobytu powinno spełniać wymagania określone w art. 68 ust. 4, 4a, 5, 5a ustawy o pomocy społecznej w dnia 12 marca 2004 roku (Dz. U. 2025 r., poz. 1214 z późn. zm.);
  - 1.2. opieki higienicznej oraz pielęgnacji;
  - 1.3. posiłków odpowiednich dla jej diety, pomocy w ich spożywaniu oraz przyjmowaniu leków,
- 1.4. organizacji czasu wolnego, dostosowanej do indywidualnych potrzeb w wymiarze określanym przez MOPS.
2. DPS nie będzie zobowiązany do:
  - 2.1. przywiezienia osoby z niepełnosprawnościami z miejsca jej zamieszkania do miejsca opieki całodobowej oraz odwiezienia jej do miejsca zamieszkania,
  - 2.2. zapewnienia osobie z niepełnosprawnościami leków, które winna ona przyjmować.
3. DPS legitymować się musi wpisem do prowadzonego przez Wojewodę Warmińsko-Mazurskiego rejestru domów pomocy społecznej, wraz z informacją o zakresie świadczenia przez dom usług wsparcia krótkoterminowego.
4. Pracownicy DPS, realizujący wsparcie, powinni posiadać kwalifikacje i doświadczenie w wykonywaniu usług opieki całodobowej i wykonywać ją ze szczególną starannością. Placówka zobowiązuje się do ponoszenia wszelkiej odpowiedzialności za osoby/personel świadczący usługi oraz ich kwalifikacje (zgodnie z *Programem*) oraz do zapewnienia niniejszym osobom niezbędnej odzieży i środków ochrony osobistej.

## § 9

### Warunki objęcia usługami opieki wytchnieniowej

1. Usługi opieki wytchnieniowej są przyznawane na podstawie złożonego kompletu dokumentów:
  - a) *Karty zgłoszenia* (załącznik nr 1 do Regulaminu - załącznik nr 7 do Programu);
  - b) Orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności (lub dokumentu równorzędnego);
  - c) Klauzuli informacyjnej w ramach *Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026* (załącznik nr 3 do Regulaminu);
  - d) Oświadczenia Uczestnika Programu o zapoznaniu się z Regulaminem (załącznik nr 4 do Regulaminu);
  - e) Oświadczenia Uczestnika Programu odnośnie wskazania osoby świadczącej opiekę wytchnieniową (załącznik nr 5 do Regulaminu) - w przypadku wsparcia w formie pobytu dziennego, w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością).



2. Złożenie *Karty zgłoszenia* do Programu wraz z innymi dokumentami, nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem kandydata do uczestnictwa w Programie. O otrzymaniu tej formy pomocy decydować będzie Zespół Kwalifikacyjny, wyniki prac którego podlegają zaakceptowaniu przez Dyrektora MOPS.
3. Również w przypadku, gdy ilość osób ubiegających się przewyższy możliwości MOPS w zakresie zapewnienia Opieki wytechnieniowej, o otrzymaniu tej formy pomocy decydować będzie Zespół Kwalifikacyjny.
4. Uczestnicy Programu, którzy spełnią wymogi, ale nie zostaną zakwalifikowani do objęcia wsparciem, zostaną umieszczeni na liście rezerwowej, wiążącej w roku 2026. Pozycja na liście rezerwowej nie ma wpływu na dalszą kolejność przyznawania wsparcia w ramach Programu.
5. *Karty zgłoszenia do Programu* wraz z innymi dokumentami będą przyjmowane w terminie 9 dni kalendarzowych od dnia opublikowania informacji dotyczącej naboru uczestników Programu na stronie internetowej MOPS i Urzędu Miasta Bartoszyce.
6. Wnioski złożone po zakończeniu naboru nie będą rozpatrywane.

## **§ 10**

### **Zespół Kwalifikacyjny**

1. Kwalifikacji do objęcia usługami Opieki wytechnieniowej dokona Zespół Kwalifikacyjny, zwany dalej Zespołem, w składzie:
  - 1.1. Kierownik Działu I,
  - 1.2. Pracownik ds. administracyjnych i projektowania lub Pracownik ds. nadzoru, analiz i sprawozdawczości,
  - 1.3. Pracownik socjalny obsługujący rejon pracy socjalnej Nr I.
2. W sytuacji nieobecności, którejkolwiek z wymienionych w punkcie 1 osób, skład Zespołu zostanie uzupełniony przez Zastępcę Dyrektora MOPS.
3. Z przeprowadzonej kwalifikacji Zespół sporządzi protokół zawierający listę osób mających zostać objętych Opieką wytechnieniową, roczny wymiar godzin dla każdego Uczestnika Programu oraz listę rezerwową.
4. Roczny wymiar godzin może zostać zmodyfikowany zgodnie z możliwościami MOPS przed zamknięciem protokołu.
5. Zespół przestawi protokół do akceptacji Dyrektorowi MOPS.
6. Zmiana wymiaru godzin przyznanych Uczestnikowi Programu nie będzie wymagała wznowienia prac przez Zespół Kwalifikacyjny, zostanie dokonana w oparciu o zgodę Dyrektora MOPS.

## **§ 11**

### **Sposób kwalifikacji**

1. Zespół dokona kwalifikacji poprzez porównanie:
  - 1.1. potrzeb osoby z niepełnosprawnością, nad którą członek rodziny/ opiekun sprawuje opiekę, takich jak: czynności samoobsługowe (np. utrzymanie higieny osobistej), przemieszczanie się poza miejsce zamieszkania (np. spacer, udanie się do placówki zdrowia, sklepu, ect. itp), podejmowanie aktywności życiowej i komunikowanie się z otoczeniem;
  - 1.2. 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;
  - 1.3. 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;



- 1.4. 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,
- każdej z osób ubiegających się o objęcie Opieką wytnieniową.
2. Zespół może korzystać z informacji i opinii pracowników socjalnych MOPS.
  3. Ocena złożonych dokumentów zostanie dokonana według kryteriów określonych w *Karcie oceny w celu zakwalifikowania do udziału w Programie „Opieka wytnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026*, wzór której stanowi załącznik nr 7 do niniejszego Regulaminu.
  4. Do uczestnictwa w Programie, w pierwszej kolejności, zostaną zakwalifikowane osoby, które uzyskały największą liczbę punktów.
  5. W przypadku osób, które w procesie rekrutacji otrzymają taką samą ilość punktów, będzie decydowała informacja/opinia pracownika socjalnego o funkcjonowaniu tej osoby w środowisku.
  6. Osoby zakwalifikowane do udziału w Programie otrzymają pisemne potwierdzenie objęcia usługami Opieki wytnieniowej.
  7. Osoby nie zakwalifikowane do udziału w Programie otrzymają pisemną informację wraz z uzasadnieniem.
  8. W przypadku rezygnacji Uczestnika Programu ze wsparcia (bądź wystąpienia innych zdarzeń skutkujących trwałym wstrzymaniem realizacji usługi) do Programu będzie kwalifikowana osoba z listy rezerwowej. W przypadku braku osób na liście rezerwowej, Realizator zastrzega sobie prawo ogłoszenia kolejnego naboru wniosków.
  9. W przypadku ogłoszenia kolejnego naboru wniosków zostanie zastosowana procedura postępowania ujęta w § 9 niniejszego Regulaminu.
  10. Dokumenty pozyskane w celu naboru do udziału w Programie nie podlegają zwrotowi i stanowią własność MOPS.

## § 12

### Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie, obowiązują zapisy *Programu*, ogłoszonego przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.
2. W innych sprawach, nie wynikających z zapisów Programu, ani niniejszego Regulaminu, decyzje co do rozstrzygnięć podejmuje Dyrektor MOPS.
3. MOPS zastrzega sobie prawo do zmiany postanowień niniejszego Regulaminu niezbędnych do prawidłowej realizacji Programu.
4. Zmiany niniejszego Regulaminu dokonywane są w trybie przewidzianym dla jego wprowadzenia.

DYREKTOR  
MOPS w Bartoszycach  
*mgr inż. Stefania Michalik-Rosa*



**Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wytnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego –  
edycja 2026**

**I. Dane osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wytnieniowej (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 wytnieniowej:**

Imię i nazwisko:

.....

Data urodzenia:

.....

Adres zamieszkania:

.....



Rodzaj niepełnosprawności:

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

**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 wytnieniowej):

.....

.....

.....





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

☐ dzienna, miejsce wraz z adresem

.....\*

☐ 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 monitorowania 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 wytchnieniowej.

Miejscowość ....., data .....

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

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług opieki wytchnieniowej.

.....  
*Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie*

\* Należy wpisać miejsce wymienione w treści Programu „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026:

- 1) świadczenia usług opieki wychnieniowej 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 wychnieniowej nie wpłynie negatywnie na usługi świadczone przez dom pomocy społecznej mieszkańcom domu,
  - d) w przypadku braku możliwości realizacji opieki wychnieniowej w miejscach, o których mowa w lit. a-c, istnieje możliwość zrealizowania opieki wychnieniowej 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) świadczenia usług opieki wychnieniowej w ramach pobytu całodobowego:
  - a) dla osoby pełnoletniej, mieszkanie treningowe lub wspomagane,
  - b) ośrodek wsparcia,
  - c) dla osoby pełnoletniej, rodzinny dom 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 wychnieniowej nie wpłynie negatywnie 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 wychnieniowej w miejscach, o których mowa w lit. a-f, istnieje możliwość zrealizowania opieki wychnieniowej 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.



## 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:**

- Opieka wytchnieniowa przyznana w formie: dziennej, całodobowej\*.
- Opieka wytchnieniowa przyznana w wymiarze: .....
- 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/doby realizacji opieki wytchnieniowej	Liczba godzin/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
1.						
2.						
3.						
4.						



Lp.	Data realizacji opieki wytchnieniowej	Miejsce realizacji opieki wytchnieniowej	Godziny/doby realizacji opieki wytchnieniowej	Liczba godzin/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
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						

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

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

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

\*Należy podkreślić realizowaną formę usług.



## **KLAUZULA INFORMACYJNA**

### **dotycząca danych osobowych**

**W związku z realizacją wymogów 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 „RODO”), informujemy o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz o przysługujących Pani/Panu prawach z tym związanych.**

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Bartoszczycach z siedzibą w Bartoszczycach, ul. Pieniężnego 10A, dalej zwany MOPS lub Administrator.
2. Jeśli ma Pani/Pan pytania dotyczące sposobu i zakresu przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w zakresie działania MOPS, a także przysługujących Pani/Panu uprawnień, może się Pani/Pan skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych w MOPS za pomocą adresu [sekretariat@mopsbartoszyce.pl](mailto:sekretariat@mopsbartoszyce.pl)
3. Administrator przetwarza Pani/Pana dane osobowe na podstawie obowiązujących przepisów prawa, zawartych umów oraz na podstawie udzielonej zgody.
4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu/celach:
  - 4.1. wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na MOPS;
  - 4.2. realizacji umów zawartych z kontrahentami MOPS;
  - 4.3. w pozostałych przypadkach Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są wyłącznie na podstawie wcześniej udzielonej zgody w zakresie i celu określonym w treści zgody.
5. W związku z przetwarzaniem danych w celach o których mowa w pkt 4 odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być:
  - 5.1. organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa;
  - 5.2. inne podmioty, które na podstawie stosownych umów przetwarzają dane osobowe dla których Administratorem jest MOPS.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w pkt 4, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa.
7. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przysługują Pani/Panu następujące uprawnienia:
  - 7.1. prawo dostępu do danych osobowych, w tym prawo do uzyskania kopii tych danych;
  - 7.2. prawo do żądania sprostowania (poprawiania) danych osobowych – w przypadku gdy dane są nieprawidłowe lub niekompletne;
  - 7.3. prawo do żądania usunięcia danych osobowych (tzw. prawo do bycia zapomnianym), w przypadku gdy:
    - 7.3.1. dane nie są już niezbędne do celów, dla których były zebrane lub w inny sposób przetwarzane,
    - 7.3.2. osoba, której dane dotyczą, wniosła sprzeciw wobec przetwarzania danych osobowych,
    - 7.3.3. osoba, której dane dotyczą wycofała zgodę na przetwarzanie danych osobowych, która jest podstawą przetwarzania danych i nie ma innej podstawy prawnej przetwarzania danych,
    - 7.3.4. dane osobowe przetwarzane są niezgodnie z prawem,
    - 7.3.5. dane osobowe muszą być usunięte w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisów prawa;
  - 7.4. prawo do żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych – w przypadku, gdy:
    - 7.4.1. osoba, której dane dotyczą kwestionuje prawidłowość danych osobowych, Program „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026, finansowany jest ze środków Funduszu Solidarnościowego



- 7.4.2. przetwarzanie danych jest niezgodne z prawem, a osoba, której dane dotyczą, sprzeciwia się usunięciu danych, żądając w zamian ich ograniczenia,
- 7.4.3. Administrator nie potrzebuje już danych dla swoich celów, ale osoba, której dane dotyczą, potrzebuje ich do ustalenia, obrony lub dochodzenia roszczeń,
- 7.4.4. osoba, której dane dotyczą, wniosła sprzeciw wobec przetwarzania danych, do czasu ustalenia czy prawnie uzasadnione podstawy po stronie administratora są nadrzędne wobec podstawy sprzeciwu;
- 7.5. prawo do przenoszenia danych - w przypadku gdy łącznie spełnione są następujące przesłanki:
- 7.5.1. przetwarzanie danych odbywa się na podstawie umowy zawartej z osobą, której dane dotyczą lub na podstawie zgody wyrażonej przez tą osobę,
- 7.5.2. przetwarzanie odbywa się w sposób zautomatyzowany;
- 7.6. prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych – w przypadku gdy łącznie spełnione są następujące przesłanki:
- 7.6.1. zaistnieją przyczyny związane z Pani/Pana szczególną sytuacją, w przypadku przetwarzania danych na podstawie zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej przez Administratora,
- 7.6.2. przetwarzanie jest niezbędne do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Administratora lub przez stronę trzecią, z wyjątkiem sytuacji, w których nadrzędny charakter wobec tych interesów mają interesy lub podstawowe prawa i wolności osoby, której dane dotyczą, wymagające ochrony danych osobowych, w szczególności gdy osoba, której dane dotyczą jest dzieckiem.
8. W przypadku gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby na przetwarzanie danych osobowych (art. 6 ust. 1 lit a RODO), przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie to nie ma wpływu na zgodność z obowiązującym prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
9. W przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu w MOPS Pani/Pana danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego w sprawach ochrony danych osobowych.
10. W sytuacji, gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą, podanie przez Panią/Pana danych osobowych Administratorowi ma charakter dobrowolny.
11. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obowiązkowe, w sytuacji gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa lub zawarta między stronami umowa.
12. Pani/Pana dane mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.
13. Pani/Pana dane obejmują również wizerunek w zakresie utrwalonym i przechowywanym przez system monitoringu obejmujący siedzibę Administratora.
14. Jednocześnie wyrażam zgodę na przekazywanie moich danych osobowych podmiotom realizującym zadania związane z Programem „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026, w szczególności Ministrowi Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej oraz innym podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora, w związku z wykonywaniem powierzonego im zadania w drodze zawartej umowy lub porozumienia, m.in. dostawcy usług IT.

**Powyższą klauzulę informacyjną otrzymałem i zapoznałem się z nią.**

.....  
data, podpis

**Wyrażam zgodę na przekazywanie danych osobowych w sposób i na zasadach opisanych w niniejszej klauzuli.**

.....  
data, podpis





.....  
imię i nazwisko Uczestnika Programu

Bartoszyce, dn. ....

ul. ....

11-200 Bartoszyce

### OŚWIADCZENIE

**Uczestnika Programu o zapoznaniu się z *Regulaminem wyboru Uczestników i realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026***

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią *Regulaminu wyboru Uczestników i realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026* oraz oświadczam, że akceptuję jego postanowienia i zobowiązuję się do jego przestrzegania.

.....  
Czytelny podpis Uczestnika Programu



Bartoszyce, dn. ....

.....  
imię i nazwisko Uczestnika Programu

ul. ....

11-200 Bartoszyce

### OŚWIADCZENIE

**Uczestnika Programu dotyczące wskazania osoby realizującej usługę  
w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego -  
edycja 2026**

Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że:

☐ **wskazuję jako osobę realizującą usługę:** .....  
imię i nazwisko

numer telefonu do kontaktu: .....

adres zamieszkania: .....

Oświadczam, że wskazana przeze mnie powyżej osoba:

- nie jest członkiem rodziny osoby z niepełnosprawnością, którą się opiekuję,
- nie jest opiekunem osoby z niepełnosprawnością,
- nie zamieszkuje i nie prowadzi wspólnego gospodarstwa domowego z osobą z niepełnosprawnością,
- posiada odpowiednią wiedzę, umiejętności i przygotowanie do realizacji usługi, jak również gwarantuje należyte wykonywanie powierzonych jej zadań.

Wskazana przeze mnie osoba, poza pełnieniem funkcji opiekuna:

- pracuje zawodowo, w dniach i godzinach:

.....

- nie pracuje zawodowo (jest osobą niepracującą):

.....

☐ **proszę o wskazanie osoby realizującej usługę przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Bartoszycach.**

.....  
Czytelny podpis Uczestnika Programu



**Miesięczny indywidualny harmonogram świadczenia usługi Opieki wytchnieniowej  
w miesiącu ..... 2026 r.**

Uczestnik Programu - **Pan/-i** .....

Miejsce realizacji usługi: **ul.** ....., **11-200 Bartoszyce**

Osoba realizująca usługę: .....

L.p.	DATA	DZIEŃ TYGODNIA	GODZINY OD ... DO ...	GODZINY OGÓŁEM	UWAGI
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					

27					
28					
29					
30					
31					

Suma

Planowana liczba godzin usługi: .....

zrealizowano: .....

pozostało: .....

Bartoszyce, dn. ....

Osoba do kontaktu - rejonowy pracownik socjalny MOPS - ....., tel. 89 .....

.....  
(akceptuję ww. treści, otrzymałem/-am kopię  
- podpis Uczestnika Programu)

.....  
(akceptuję ww. treści, otrzymałem/-am kopię -  
podpis osoby realizującej usługę )

.....  
(podpis Kierownika Działu Pracy Socjalnej MOPS)

.....  
Dyrektor MOPS w Bartoszczach





**Karta oceny**  
**w celu zakwalifikowania do udziału w Programie „Opieka wytchnieniowa”**  
**dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026**

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Adres

.....  
Telefon

.....  
Stopień niepełnosprawności

1. Potrzeby osoby z niepełnosprawnością, nad którą członek rodziny/ opiekun sprawuje opiekę (od 0 do 4 pkt ...\*\*):

.....  
.....

2. Poziomu samodzielności osoby z niepełnosprawnością, nad którą członek rodziny/ opiekun sprawuje opiekę (od 0 do 4 pkt ...\*\*):

.....  
.....

3. 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, nie uczy się lub nie studiuje?

TAK - 1 pkt NIE - 0 pkt

4. 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 - 1 pkt NIE - 0 pkt

5. Stan zdrowia członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością od 0 do 3 pkt ...\*\*

.....  
.....

6. Korzystanie z innych usług wymienionych w Programie

TAK - 0 pkt NIE - 1 pkt\*

Ilość uzyskanych punktów ..... / **14 możliwych**

Ilość godzin (wymiar roczny).....

Podpisy Komisji

1. ....

2. ....

3. ....

Bartoszyce, dnia ..... r.

\* Niepotrzebne skreślić

\*\* Należy uzasadnić i wstawić ilość punktów