



**DOFINANSOWANO
ZE ŚRODKÓW
PAŃSTWOWEGO
FUNDUSZU CELOWEGO**

**FUNDUSZ SOLIDARNOŚCIOWY
„OPIEKA WYTCHNIENIOWA” dla
Jednostek Samorządu
Terytorialnego – edycja 2026**

**DOFINANSOWANIE
412 360,50 zł**

**CAŁKOWITA WARTOŚĆ INWESTYCJI
412 360,50 zł**



Miasto Kalisz za pośrednictwem Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej przystąpiło do realizacji Programu Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej **Opieka wytchnieniowa dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026** finansowanego z **Funduszu Solidarnościowego**. Środki na obsługę programu w wysokości 2% dotacji zapewnia **Wojewoda Wielkopolski**.

Wysokość dofinansowania: 412 360,50 zł

Program adresowany jest do:

- mieszkańców miasta Kalisza;
- osób opiekujących się niepełnosprawnym członkiem rodziny, z którym zamieszkuje w jednym gospodarstwie domowym. W przypadku sprawowania opieki nad osobą niepełnoletnią dopuszczalny jest każdy stopień niepełnosprawności, zaś w przypadku osób dorosłych muszą być to osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności.

Opis i cele programu:

Program kierowany jest do członków rodzin lub opiekunów, którzy wymagają wsparcia w postaci doraźnej, czasowej przerwy w sprawowaniu bezpośredniej opieki nad niepełnosprawnymi członkami rodziny. Usługa opieki wytchnieniowej ma za zadanie odciążyć członków rodzin lub opiekunów osób niepełnosprawnych poprzez wsparcie ich w codziennych obowiązkach lub zapewnienie czasowego zastępstwa. Usługi realizowane w ramach Programu są bezpłatne dla mieszkańców miasta, ponieważ koszty zatrudnienia opiekunów a także kosztów pobytu w placówce zapewniającej całodobową opiekę ponosi Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kaliszu, dzięki opisanemu Programowi. Program w 2026 roku realizowany jest w formie dwóch modułów: opieki dziennej sprawowanej przez opiekuna wytchnieniowego od godziny 6:00 do 22:00 w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością lub 14 dniowej opieki całodobowej dla osoby z niepełnosprawnościami w formie kierowania do placówki zapewniającej całodobową opiekę, która spełnia kryteria dostępności, o których mowa w ustawie z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami. **Maksymalnie na jedną osobę przypada 220 godzin na cały okres realizacji programu lub 14 dni całodobowego pobytu w placówce zapewniającej całodobową opiekę.**

Osoby zainteresowane udziałem w Programie prosimy o kontakt pod nr telefonu 506 162 493 oraz mailowo: mops.efs@mops-kalisz.pl lub osobiście: pokój 109 Budynek A, Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej, ul. Graniczna 1.

Dokumentacja dotycząca Programu: Regulaminy - Regulamin realizacji, Regulamin rekrutacji

Dokumenty obowiązkowe: formularz rekrutacyjny, oświadczenie o sprawowaniu opieki i wspólnym zamieszkanii, Klauzule RODO, kopia orzeczenia o niepełnosprawności osoby nad którą ma być sprawowana opieka.

Dokumenty dodatkowe: jeżeli w karcie zgłoszenia wskazana zostanie konkretna osoba jako opiekun wytchnieniowy to dodatkowo należy dołączyć oświadczenie o przygotowaniu

- jeżeli opieka wytchnieniowa dot. dziecka to należy dodatkowo dołączyć oświadczenie o akceptacji opiekuna wytchnieniowego





REGULAMIN REALIZACJI PROGRAMU
„OPIEKA WYTCNIENIOWA” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego –
EDYCJA 2026 realizowanego w Mieście Kalisz przez Miejski Ośrodek Pomocy
Społecznej w Kaliszu

§ 1

Postanowienia ogólne

1. **Realizatorem Programu „Opieka Wytcnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, zwany dalej „Programem” jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kaliszu** na podstawie zawartej umowy pomiędzy Miastem Kalisza a Wojewodą Wielkopolskim w sprawie wysokości i trybu przekazywania w 2026 roku środków Funduszu Solidarnościowego, zwanego dalej „Funduszem” na realizację zadania **w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny Pracy i Polityki Społecznej.**
2. Źródłem finansowania Programu są środki ujęte w planie finansowym państwowego funduszu celowego na 2026 r. z budżetu państwa.
3. **Program jest skierowany do mieszkańców Miasta Kalisza i jest realizowany od dnia 1 stycznia 2026 do dnia 31 grudnia 2026 r.** Do dnia podpisania umowy o której mowa w pkt. 1 wydatki dotyczące promocji oraz działania rekrutacyjne będą finansowane ze środków własnych gminy a następnie po podpisaniu umowy, w razie konieczności zrefundowane.
4. Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kaliszu zobowiązuje się do realizacji Programu w postaci:
 - zatrudniania na umowę zlecenia na czas określony i na określoną liczbę godzin opiekunów/opiekunów wytcnieniowych - zatrudnienie osoby do realizacji usług opieki wytcnieniowej wskazane przez uczestnika Programu lub
 - kierowania do placówki zapewniającej całodobową opiekę 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 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami.
5. Głównym celem Programu **jest wsparcie członków rodzin lub opiekunów** sprawujących bezpośrednią opiekę nad:
 - 1) **dziećmi** od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadającymi orzeczenie o niepełnosprawności lub
 - 2) **osobami niepełnosprawnymi posiadającymi:**
 - 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, którzy wymagają usług opieki wytcnieniowej.
6. Usługi opieki wytcnieniowej **przysługują w przypadku zamieszkiwania członka rodziny lub opiekuna, o których mowa w ust. 4, we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą z niepełnosprawnością**, która wymaga stałego wsparcia w zakresie potrzeb życia codziennego.
7. Członkowie rodzin osób z niepełnosprawnościami i opiekunowie tych osób, którzy uzyskali w ramach Programu usługi opieki wytcnieniowej, zwani są dalej „**uczestnikami Programu**”.
8. Na potrzeby realizacji Programu za **członków rodziny osoby z niepełnosprawnością uznaje się** wstępnych i zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych i zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę, ojczyzna oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością.



9. Na potrzeby realizacji Programu **za opiekuna osoby z niepełnosprawnością uznaje się** opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad osobą posiadającą orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym 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 oraz opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad dzieckiem od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności (w tym opiekuna sprawującego opiekę w ramach rodziny zastępczej i rodzinnego domu dziecka).
10. O wszelkich zmianach mających wpływ na prawo i warunki korzystania z usług opieki wytnieniowej w ramach Programu (np. utrata statusu osoby z niepełnosprawnością, zmiana stopnia niepełnosprawności, korzystanie w 2026 r. z usług opieki wytnieniowej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach innych programów Ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego dotyczących usług opieki wytnieniowej), uczestnik Programu jest obowiązany niezwłocznie poinformować gminę/powiat. Zmiana okoliczności mających wpływ na prawo i warunki korzystania z usług opieki wytnieniowej w ramach Programu, będzie skutkować zmianą przysługującego uczestnikowi Programu limitu godzin i dób usług opieki wytnieniowej finansowanych ze środków Funduszu w ramach Programu w 2026 r. Nowy limit, z uwzględnieniem wcześniej wykorzystanych w 2026 r. godzin i dób usług opieki wytnieniowej finansowanych ze środków Funduszu w ramach Programu bądź innych programów Ministra, będzie ustalany od dnia, w którym nastąpiły zmiany okoliczności.
11. Jako wsparcie członków rodzin lub opiekunów rozumie się umożliwienie uzyskania doraźnej, czasowej pomocy w formie usługi opieki wytnieniowej, tj. **odciążenie od codziennych obowiązków** łączących się ze sprawowaniem opieki nad osobą z niepełnosprawnością przez zapewnienie czasowego zastępstwa w tym zakresie. Dzięki temu wsparciu, osoby zaangażowane na co dzień w sprawowanie opieki nad osobą z niepełnosprawnością dysponować będą czasem, który mogą przeznaczyć na **odpoczynek i regenerację**, jak również na załatwienie niezbędnych spraw życiowych. Usługi opieki wytnieniowej mogą służyć również **okresowemu zabezpieczeniu potrzeb osoby z niepełnosprawnością** w sytuacji, gdy członkowie rodzin lub opiekunowie z różnych powodów nie będą mogli wykonywać swoich obowiązków. W ramach usługi opieki wytnieniowej **zapewniane jest okresowe wsparcie w zabezpieczeniu potrzeb osoby z niepełnosprawnością**, w zastępstwie członków rodziny lub opiekunów sprawujących na co dzień bezpośrednią opiekę. Usługi opieki wytnieniowej polegają na zastępowaniu członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością, w bieżących czynnościach życia codziennego dot. zabezpieczenia potrzeb osoby z niepełnosprawnością, tj.: **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**.
12. Rodzaj i zakres godzinowy usług opieki wytnieniowej powinien być uzależniony od osobistej sytuacji uczestnika Programu, z uwzględnieniem stopnia i rodzaju niepełnosprawności osoby z niepełnosprawnością, nad którą uczestnik Programu sprawuje opiekę, z zastrzeżeniem limitów przypadających na jedną osobę.
13. W ramach Programu planowane jest **objęcie usługami opieki wytnieniowej w ramach pobytu dziennego łącznie 32 osoby**, w tym:
 - a) **8 rodziców/opiekunów/członków rodzin dzieci od 2 roku życia do 16 roku życia** posiadających orzeczenie o niepełnosprawności. **Maksymalnie 220 h** na dziecko dla usług opieki wytnieniowej świadczonej w ramach pobytu dziennego w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej,



- b) **23 osób niepełnosprawnych posiadających 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, którzy wymagają usług opieki wytchnieniowej. **Maksymalnie 220 h** na osobę dla usług opieki wytchnieniowej świadczonej w ramach pobytu dziennego w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej,
 - c) **1 osoby niepełnosprawnej posiadającej 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, którzy wymagają usług opieki wytchnieniowej. **Maksymalnie 89,5 h** na osobę dla usług opieki wytchnieniowej świadczonej w ramach pobytu dziennego w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej.
14. W ramach Programu planowane jest **objęcie usługami opieki wytchnieniowej w ramach pobytu całodobowego łącznie 10 osób**, w tym:
- a) **1 dziecko do ukończenia 16 roku życia posiadającymi orzeczenie o niepełnosprawności. Maksymalnie 14 dni** na dziecko dla usług opieki wytchnieniowej w innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu lub realizatora Programu, spełniającym 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.).
 - b) **9 osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie równoważne do wyżej wymienionego. Maksymalnie 14 dni** na osobę dorosłą dla usług opieki wytchnieniowej w innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu lub realizatora Programu, spełniającym 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.).
15. Liczba osób wskazanych w poszczególnych kategoriach może ulec zwiększeniu w zależności od generowanych oszczędności w ramach Programu.
16. Gmina/powiat w pierwszej kolejności uwzględnia potrzeby:
- 1) **członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, która 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,
 - 2) **nieaktywnych zawodowo członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, którzy mają ograniczone możliwości podejmowania aktywności zawodowej ze względu na konieczność opiekowania się osobą z niepełnosprawnością,**
 - 3) **Gmina/ powiat, przyznając usługi opieki wytchnieniowej bierze pod uwagę stan zdrowia i sytuację życiową uczestników Programu oraz osób z niepełnosprawnościami.**
17. W przypadku, gdy usługi opieki wytchnieniowej, mają być świadczone dla członków rodziny lub opiekunów sprawujących **bezpośrednią opiekę nad małoletnimi**, w odniesieniu do opiekuna wytchnieniowego, **muszą zostać spełnione warunki** określone w art. 21 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (Dz. U. z 2024 r. poz. 1802, z późn. zm.) - obowiązek uzyskania informacji z Rejestru przed zatrudnieniem i obowiązek



- przedłożenia informacji z Krajowego Rejestru Karnego lub rejestru karnego innego państwa. Aby spełnić obowiązek z art. 21 ustawy o ochronie małoletnich:
1. realizator programu musi przed dopuszczeniem do pracy sprawdzić czy **opiekun wychnieniowy małoletniego nie figuruje w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym**. W tym celu opiekun wychnieniowy przekaze niezbędne dane Realizatorowi Programu przed podpisaniem umowy oraz
 2. **opiekun wychnieniowy małoletniego musi uzyskać zaświadczenie z Krajowego Rejestru Karnego (KRK) o niekaralności za przestępstwa przeciwko życiu, zdrowiu, wolności seksualnej, handel ludźmi, znęcanie oraz związane z narkotykami, w zakresie określonym w ustawie i przekazać ww. zaświadczenie z KRK realizatorowi programu przed podpisaniem umowy oraz**
 3. dodatkowo wymagana jest **pisemna akceptacja osoby, która ma świadczyć usługę opieki wychnieniowej ze strony opiekuna prawnego małoletniego**.
18. Warunkiem przystąpienia do Programu jest złożenie przez uczestnika:
- 1) **dokumentu potwierdzającego niepełnosprawność osoby**, która ma być objęta usługami, tj. orzeczenie o niepełnosprawności dziecka do 16 roku życia lub orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne,
 - 2) karty zgłoszenia do Programu- **załącznik nr 1** do regulaminu,
 - 3) oświadczenia członka rodziny lub opiekuna o sprawowaniu bezpośredniej opieki nad osobą niepełnosprawną- **załącznik nr 2** do regulaminu,
 - 4) klauzuli informacyjnej -**załącznik nr 3** do regulaminu,
 - 5) kserokopia pełnomocnictwa notarialnego, orzeczenia lub zaświadczenia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (jeśli dotyczy);
 - 6) oświadczenie o akceptacji opiekuna wychnieniowego dla małoletniego (jeśli dotyczy)
19. Wszystkie osoby spełniające warunki przystąpienia do Programu, które nie zostały zakwalifikowane do Programu w pierwszej kolejności, **znajdą się na liście rezerwowej**.
20. Termin na składanie zgłoszeń został określony w Regulaminie rekrutacji. **Termin naboru: od 08.01.2026 roku do 28.01.2026 roku. Szczegóły naboru określone są w Regulaminie rekrutacji. Kolejność zgłoszeń nie ma wpływu na wynik naboru uczestników do Programu.**

§2

Realizacja usług opieki wychnieniowej

1. Usługi opieki wychnieniowej **mogą świadczyć osoby pełnoletnie, niebędące członkami rodziny osoby z niepełnosprawnością, opiekunami osoby z niepełnosprawnością lub osobami faktycznie zamieszkującymi razem z osobą z niepełnosprawnością**, oraz:
 - 1) w przypadku wskazania przez realizatora Programu:
 - a) posiadające dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących zawodach i specjalnościach: asystent osoby niepełnosprawnej, pielęgniarka, siostra PCK, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, fizjoterapeuta lub, za zgodą realizatora Programu, w innych zawodach i specjalnościach o charakterze medycznym lub opiekuńczym,
lub
 - b) posiadające co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami, np. doświadczenie zawodowe, doświadczenie w udzielaniu wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w formie wolontariatu,
oraz



- 2) w przypadku wskazania przez uczestnika Programu w Karcie zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, zwanej dalej „Kartą zgłoszenia do Programu” są przygotowane do świadczenia usług opieki wytchnieniowej, **co zostanie potwierdzone oświadczeniem uczestnika Programu.**
2. **Posiadanie doświadczenia, o którym mowa w pkt 1 lit. b, może zostać udokumentowane pisemnym oświadczeniem** podmiotu, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami. Podmiotem tym może być również osoba fizyczna (a więc nie tylko osoba prawna, czy jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej), która zleciła udzielenie bezpośredniej pomocy osobie z niepełnosprawnością.
3. **Umożliwia się** osobie z niepełnosprawnością lub członkom rodziny/opiekunom sprawującym bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością **samodzielny wybór osoby**, która będzie świadczyć usługę opieki wytchnieniowej w formie dziennej lub **miejsca świadczenia** usługi opieki wytchnieniowej w formie usługi całodobowej spełniających kryterium 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.).
4. Nie jest dopuszczalnym wskazanie na opiekuna świadczącego usługę opieki wytchnieniowej:
 - a) członków rodziny, wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością,
 - b) opiekunów prawnych osoby niepełnosprawnej niezależnie od miejsca ich zamieszkania,
 - c) osoby faktycznie zamieszkującej z osobą niepełnosprawną.
5. Usługa opieki wytchnieniowej **w ramach pobytu dziennego wynosi 12 godzin dla jednej osoby z niepełnosprawnością. Usługi w formie pobytu dziennego mogą być świadczone w godzinach 6.00 – 22.00.** Nie można korzystać z usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego przed lub po usłudze opieki wytchnieniowej w ramach pobytu całodobowego, w czasie kiedy możliwe jest świadczenie usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu całodobowego.
6. Usługa opieki wytchnieniowej **w ramach pobytu całodobowego wynosi co najmniej 12 godzin nieprzerwanego świadczenia usługi i obejmuje nocleg osoby z niepełnosprawnością, co najmniej w godzinach 22.00 - 6.00.** Jedna doba usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu całodobowego nie przekracza 24 godzin nieprzerwanego świadczenia usługi.
7. **Osoby wskazane i spełniające warunki zostania opiekunem wytchnieniowym są zobowiązane podpisać umowę zlecenia z realizatorem programu**, w której zawarte są wszelkie prawa i obowiązki wynikające ze zlecenia ww. usługi.
8. Realizator programu zawiera stosowne porozumienie z ośrodkiem - **miejsцем świadczenia** usługi opieki wytchnieniowej w formie usługi całodobowej spełniających kryterium 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.). Dopiero po zawarciu ww. porozumienia osoba z niepełnosprawnością może zostać skierowana do wybranego ośrodka.
9. W godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej, finansowanych ze środków Funduszu, wobec osoby z niepełnosprawnością objętej usługą opieki wytchnieniowej nie mogą być 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,



- 2) usługi finansowane ze środków Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych – o ile obejmują analogiczne wsparcie finansowane ze środków publicznych.
10. Szczegółowe zasady realizacji usługi opieki wytchnieniowej określa Program „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, który jest dostępny wraz z wzorami druków na stronie www.mops-kalisz.pl zakładka Projekty dofinansowane oraz w siedzibie Miejskiego Ośrodka Pomocy społecznej w Kaliszu przy ul. Graniczna 1, Budynek A, pokój 109 a także na stronie Ministerstwa Rodziny Pracy i Polityki Społecznej.

§ 3

Informacje dodatkowe

1. **Uczestnik** Programu, któremu przyznano pomoc w postaci usług opieki wytchnieniowej **nie ponosi odpłatności** za realizację usług w ramach Programu.
2. Należność za usługę pokrywana jest przez Realizatora programu na podstawie umowy zawartej z opiekunem wytchnieniowym oraz na podstawie Karty rozliczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla JST – edycja 2026.
3. Uczestnik Programu ma obowiązek potwierdzania rzetelnych i zgodnych ze stanem faktycznym danych zawartych w Karcie rozliczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu Opieki wytchnieniowej.
4. Opiekun wytchnieniowy nie może angażować się w rozwiązywanie problemów rodzinnych i osobistych odbiorcy usługi w zakresie szerszym niż jest to związane ze świadczeniem usługi opieki wytchnieniowej. Usługi wykonane przez opiekuna wytchnieniowego, które nie są objęte w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla JST - edycja 2026, nie podlegają rozliczeniu i wypłacie wynagrodzenia.
5. Wszystkie strony Programu - przedstawiciel Realizatora, uczestnik programu (członek rodziny lub opiekun), osoba z niepełnosprawnościami, czy opiekun wytchnieniowy - mają obowiązek traktowania siebie z wzajemnym szacunkiem.
6. Uczestnik programu **ma prawo żądania zmiany opiekuna wytchnieniowego**, jeżeli wykonuje usługi w sposób nierzetelny, nieterminowy, nie przestrzega zasad współżycia społecznego, działa na szkodę osoby niepełnosprawnej, która pozostaje pod jego opieką lub odbiorcy usługi.
7. W przypadku zaistnienia sytuacji, o których mowa w § 3 ust. 6 oraz **w razie rezygnacji z korzystania z usług, odbiorca jest zobowiązany poinformować o tym niezwłocznie realizatora Programu.**
8. **W przypadku konieczności czasowego zawieszenia realizacji usług** w wyniku np. sytuacji losowych lub zdrowotnych odbiorcy usług (np. nagłego pobytu w szpitalu, wypadku itp.) odbiorca jest zobowiązany poinformować o tym realizatora najpóźniej 4 godziny przed planowanym rozpoczęciem usługi. W przypadku kiedy odbiorca usługi nie poinformuje realizatora o czasowym zawieszeniu usług, a 3 kolejne wizyty opiekuna w miejscu realizacji usługi nie odbędą się z winy odbiorcy usługi, realizator Programu może podjąć decyzję o wykreśleniu odbiorcy z listy uczestników po uprzednim kontakcie z odbiorcą.
9. **Uczestnik Programu nie ponosi odpłatności za świadczone usługi**, pokrywa jednak koszty życiowe związane bezpośrednio z realizacją potrzeb osoby niepełnosprawnej i ich opiekunów (np. zakup żywności, odzieży, środków higieny osobistej, środków ochrony).
10. Opiekun wytchnieniowy, **w celu rozliczenia usług składa kartę realizacji usług** do Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kaliszu, budynek A, pokój 109 w ciągu 7 następujących dni roboczych po zakończeniu okresu rozliczeniowego (danego miesiąca).
11. W celu zapewnienia wysokiej jakości usługi, wykonywane przez opiekuna usługi opieki wytchnieniowej podlegają doraźnej kontroli. Kontrola odbywa się bezpośrednio w



miejscu realizacji usługi w formie pisemnej lub elektronicznej. Gmina obowiązana jest monitorować świadczenie usług opieki wytchnieniowej.

12. Program będzie realizowany do końca grudnia 2026 r.

§ 4

Postanowienia końcowe

1. Niniejsze zasady wchodzi w życie od dnia 08.01.2026 roku i obowiązują na czas trwania Programu, tj. do 31.12.2026 roku.
2. Realizator zastrzega sobie prawo do wprowadzenia zmian do niniejszych zasad lub ujęcia w nim dodatkowych postanowień, jeśli zaistnieje taka konieczność i będzie to działać na korzyść realizacji Programu.
3. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych zasadach zastosowanie mają obowiązujące wytyczne dotyczące Programu oraz obowiązujące przepisy prawa.



**REGULAMIN REKRUTACJI PROGRAMU „OPIEKA
WYTCZNIENIOWA” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – EDYCJA
2026 realizowanego w Mieście Kalisz przez Miejski Ośrodek Pomocy
Społecznej w Kaliszu**

§ 1

1. **Realizatorem Programu „Opieka wytchnieniowa” dla JST – edycja 2026** dalej „Program” na terenie Miasta Kalisza **jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kaliszu** – zwany dalej „Realizatorem”, który działa zgodnie z Programem ogłoszonym przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.
2. **Program, realizowany jest ze środków Funduszu Solidarnościowego. Uczestnik nie ponosi odpłatności za usługi świadczone w ramach Programu.**
3. **Opieka wytchnieniowa, jest świadczona na rzecz członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnością wspólnie zamieszkujących będących mieszkańcami miasta Kalisza.** Opieka wytchnieniowa ma za zadanie odciążenie członków rodzin lub opiekunów osób niepełnosprawnych poprzez wsparcie ich w codziennych obowiązkach lub zapewnienie czasowego zastępstwa.
4. **Termin naboru określa się: od 08.01.2026 roku do 28.01.2026 roku.**
5. **Odbiorcami opieki wytchnieniowej mogą być członkowie rodzin lub opiekunowie, którzy wymagają wsparcia w postaci doraźnej, czasowej przerwy w sprawowaniu bezpośredniej opieki nad:**
 - 1) **dziećmi** od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadającymi orzeczenie o niepełnosprawności lub
 - 2) **osobami niepełnosprawnymi** posiadającymi:
 - 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, którzy wymagają usług opieki wytchnieniowej.

§ 2

1. Realizacja programu odbywać się będzie **na podstawie zgłoszenia do Programu**. Zgłoszenia przyjmowane są w pokojach nr 105 i 109 Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kaliszu przy ulicy Granicznej 1, budynek A. Mogą być złożone osobiście, pocztą (decyduje data wpływu) lub mailowo na adres mops.efs@mops-kalisz.pl. W przypadku przekazania zgłoszenia elektronicznie:
 - poprawnie wypełnione dokumenty rekrutacyjne zostaną przyjęte z datą wpływu maila, ale w ciągu 5 dni kalendarzowych należy dostarczyć oryginał/ wersję papierową dokumentów,
 - w przypadku niepoprawnego wypełnienia dokumentów rekrutacyjnych osoba zgłaszająca się do Programu otrzyma informacje o błędach w dokumentacji. Dopiero po ich skorygowaniu dokumenty rekrutacyjne zostaną przyjęte i w ciągu 5 dni należy dostarczyć je w oryginale.
2. **Na kompletne zgłoszenie składają się następujące dokumenty:**



- a) **dokument potwierdzający niepełnosprawność** osoby, która ma być objęta usługami, tj. orzeczenie o niepełnosprawności dziecka do 16 roku życia lub orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne,
 - b) karty zgłoszenia do Programu- **załącznik nr 1 do regulaminu**,
 - c) oświadczenia członka rodziny lub opiekuna o sprawowaniu bezpośredniej opieki nad osobą niepełnosprawną i wspólnym zamieszkiwaniu- **załącznik nr 2 do regulaminu**,
 - d) klauzuli informacyjnej - **załącznik nr 3 do regulaminu**,
 - e) oświadczenie uczestnika programu dot. przygotowania wskazanego opiekuna wytnieniowego do świadczenia usług opieki wytnieniowej - **załącznik nr 4 do regulaminu**,
 - f) kserokopia pełnomocnictwa notarialnego, orzeczenia lub zaświadczenia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (**jeśli dotyczy**);
 - g) oświadczenie o akceptacji opiekuna wytnieniowego dla małoletniego (**jeśli dotyczy**) - **załącznik nr 5 do regulaminu**.
3. **Uczestnik może złożyć tylko jedno zgłoszenie w trakcie trwania Programu** w danym roku kalendarzowym. W przypadku, gdy Uczestnik składa zgłoszenie u różnych realizatorów, liczba przyznanych łącznie godzin musi być zgodna z założeniami Programu.
4. **Przyjęcie zgłoszenia do Programu nie jest równoznaczne z przyznaniem usług.**

§ 3

- 1. Zgłoszenia podlegają weryfikacji, która polega na sprawdzeniu kompletności złożonych dokumentów, wymienionych w § 2 pkt. 2.
- 2. **W przypadku złożenia niekompletnego zgłoszenia, Realizator pozostawia zgłoszenie bez rozpatrzenia.**
- 3. Realizator **poinformuje pisemnie lub elektronicznie o przyznaniu usług** opiekuna wytnieniowego lub odmowie przyznania usługi oraz o przyznanej formie świadczenia usług opieki wytnieniowej (w ramach pobytu dziennego/ w ramach pobytu całodobowego), o wymiarze przyznanej usługi opieki wytnieniowej (liczba godzin/ liczba dób), a także o prawach i obowiązkach.
- 4. Realizator zastrzega sobie **możliwość przyznania Uczestnikowi Programu mniejszej liczby godzin lub dni niż określone limity w §4.**
- 5. W przypadku większej niż zakładano liczby zgłoszeń do Programu Gmina/powiat w pierwszej kolejności uwzględnia potrzeby:
 - 1) **członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, która 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,**
 - 2) **nieaktywnych zawodowo członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, którzy mają ograniczone możliwości podejmowania aktywności zawodowej ze względu na konieczność opiekowania się osobą z niepełnosprawnością,**
 - 3) **Gmina/ powiat, przyznając usługi opieki wytnieniowej bierze pod uwagę stan zdrowia i**



sytuację życiową uczestników Programu oraz osób z niepełnosprawnościami.

6. Osoby, którym nie przyznano usługi z powodu przekroczenia limitu Uczestników lub możliwości organizacyjnych i/lub finansowych zostaną wpisane na **listę rezerwową**.
7. **Pozycja na liście rezerwowej nie ma wpływu na przyznanie usług opieki wytchnieniowej.** Jednocześnie, w przypadku braku kandydatów na uczestników oczekujących na przyznanie usług, wpisanych na listę rezerwową lub w przypadku, gdy realizator Programu pomimo przyznania usług opieki wytchnieniowej osobom znajdujących się na liście rezerwowej nadal posiada wolne miejsca do udziału w Programie ogłasza uzupełniający nabór uczestników do Programu.
8. **Rezygnacja z uczestnictwa lub inne istotne zgłoszenia**, dotyczące realizacji usługi, przyjmowane są drogą pisemną w sekretariacie Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kaliszu przy ulicy Graniczna 1, osobiście, pocztą (decyduje data wpływu), mailowo: sekretariat@mops-kalisz.pl lub mops.efs@mops-kalisz.pl lub telefonicznie pod numerem 506 162 493.

§ 4

Limit usług przypadających na 1 Uczestnika zgodnie z przyznanymi środkami na realizację zadania wynosi nie więcej niż:

- a) pobyt dzienny - 220 godz.
- b) pobyt całodobowy - 14 dni.

§5

W sprawach nieuregulowanych w niniejszym regulaminie zastosowanie mają zapisy Programu, Regulaminu realizacji programu oraz obowiązujące przepisy prawa.

WZÓR

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

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

Imię i nazwisko:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Telefon:

.....

E-mail:

.....

Data urodzenia:

.....

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

Imię i nazwisko:

.....

Data urodzenia:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Rodzaj niepełnosprawności:

1. dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina 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 wytchnieniowej):

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

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.

.....

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

- 1) świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego:
 - a) ośrodek wsparcia,
 - b) dla osoby pełnoletniej, dom pomocy społecznej świadczący usługi wsparcia krótkoterminowego w formie dziennej,
 - c) dla osoby pełnoletniej, dom pomocy społecznej prowadzony przez podmioty niepubliczne, o których mowa w art. 57 ust. 1 pkt 2-4 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, w przypadku posiadania warunków infrastrukturalnych i organizacyjnych, oraz gdy świadczenie usług opieki wytchnieniowej nie wpłynie negatywnie na usługi świadczone przez dom pomocy społecznej mieszkańcom domu,
 - d) w przypadku braku możliwości realizacji opieki wytchnieniowej w miejscach, o których mowa w lit. a-c, istnieje możliwość zrealizowania opieki wytchnieniowej w centrum opiekuńczo-mieszkalnym (COM), na zasadach określonych w poszczególnych edycjach Programu Centra Opiekuńczo-Mieszkalne,
 - e) za uprzednią pisemną zgodą gminy/powiatu, miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
 - f) za uprzednią pisemną zgodą gminy/powiatu, inne miejsce wskazane przez uczestnika Programu lub realizatora Programu, spełniające kryteria dostępności, o których mowa w ustawie z dnia 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 wytchnieniowej 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 wytchnieniowej 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 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,
 - g) w przypadku braku możliwości realizacji opieki wytchnieniowej w miejscach, o których mowa w lit. a-f, istnieje możliwość zrealizowania opieki wytchnieniowej w centrum opiekuńczo-mieszkalnym (COM), w przypadku posiadania wolnych miejsc,
 - h) za uprzednią pisemną zgodą gminy/powiatu, miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
 - i) za uprzednią pisemną zgodą gminy/powiatu, inne miejsce wskazane przez uczestnika Programu lub realizatora Programu, spełniające kryteria dostępności, o których mowa w ustawie z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami.

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

*** odpowiednie skreślić.



Załącznik nr 2 do regulaminu

.....
Imię i Nazwisko

.....
Miejscowość, data

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer telefonu

**OŚWIADCZENIE CZŁONKA RODZINY LUB OPIEKUNA
O SPRAWOWANIU BEZPOŚREDNIEJ I CAŁODOBOWEJ OPIEKI ORAZ ZAMIESZKIWANIU WE
WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z OSOBĄ NIEPEŁNOSPRAWNĄ**

Oświadczam, że jestem członkiem rodziny/ opiekunem¹

Pana/Pani..... i sprawuję nad nim/nią bezpośrednią,
Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej

całodobową opiekę oraz zamieszkujemy we wspólnym gospodarstwie domowym.

.....
Podpis członka rodziny lub opiekuna

¹ Niepotrzebne skreślić



Załącznik nr 3 do regulaminu

Klauzula informacyjna RODO w ramach Programu „Opieka Wytechnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

Zgodnie z art. 13 i 14 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.), zwanego dalej „RODO”, Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej informuje, że:

Tożsamość administratora i dane kontaktowe

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, zwany dalej „Ministrem”, mający siedzibę w Warszawie (00-513), ul. Nowogrodzka 1/3/5.

Dane kontaktowe inspektora ochrony danych osobowych

W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych prosimy o kontakt z Inspektorem Ochrony Danych, drogą elektroniczną - adres email: iodo@mriips.gov.pl lub pisemnie na adres: ul. Nowogrodzka 1/3/5, 00-513 Warszawa.

Kategorie danych osobowych

Przetwarzanie danych osobowych obejmuje następujące kategorie Pani/Pana służbowych danych jako pracownika urzędu wojewódzkiego albo jako pracownika urzędu gminy/urzędu powiatu (zakres przetwarzanych służbowych danych osobowych):

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

Kategoria osób

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

Źródło pozyskania danych osobowych

Bezpośrednio, na podstawie art. 13 RODO, od pracowników urzędów wojewódzkich albo pracowników urzędów gmin/urzędów powiatów, które wystąpiły o realizację lub realizują przyjęty przez Ministra Program „Opieka wytechnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026.

Pośrednio, na podstawie art. 14 RODO, od urzędów wojewódzkich oraz urzędów gmin/urzędów powiatów, które wystąpiły o realizację lub realizują przyjęty przez Ministra Program „Opieka wytechnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026.

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 „Opieka wytechnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026. 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, w związku z art. 7 ust. 5 i art. 16 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2024 r. poz. 1848), art. 60-67 i art. 169 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 1530, z późn. zm.) i ww. Program;
- art. 6 ust. 1 lit. e RODO - tj. przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym;
- art. 6 ust. 1 lit. b RODO w zakresie niezbędnym do zawarcia i wykonania umowy;
- art. 6 ust. 1 lit. f RODO, tj. prawnie uzasadniony interes administratora polegający na dochodzeniu ewentualnych roszczeń.



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 tj. narzędzia informatycznego dostępnego na stronie internetowej <https://bfs.mriips.gov.pl>, 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 wytnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026, a następnie do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów dotyczących archiwizacji dokumentacji lub ewentualnych roszczeń.

Prawa podmiotów danych

Przysługuje Pani/Panu:

- prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
- prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych;
- prawo do usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania danych;
- prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych;
- prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
- w zakresie przewidzianym przez przepisy prawa.

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).

Informacja o dobrowolności lub obowiązku podania danych:

Podanie danych osobowych jest konieczne dla celów związanych z wykonywaniem zadań Ministra w ramach Programu „Opieka wytnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026.

Klauzula informacyjna Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w ramach programu „Opieka wytnieniowa” dla JST – edycja 2026

Zgodnie z art. 13 i art.14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str.1, z późn. zm.), zwanego dalej „RODO”, informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Miasto Kalisz/ Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kaliszu, ul. Graniczna 1, 62-800 Kalisz, tel. 62/757-45-10, sekretariat@mops-kalisz.pl.
2. We wszystkich sprawach dotyczących ochrony danych osobowych, mają Państwo prawo kontaktować się z naszym Inspektorem Ochrony Danych na adres e-mail: sekretariat@mops-kalisz.pl
3. Celem przetwarzania danych osobowych jest realizacja programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wytnieniowa” dla JST – edycja 2026, w tym rozliczenie otrzymanych środków z Funduszu Solidarnościowego.
4. Dane osobowe przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit e RODO, tj. w związku z wykonaniem zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi oraz na podstawie art. 9 ust. 2 lit. g RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne ze względów związanych z ważnym interesem publicznym, na podstawie prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego, które są proporcjonalne do wyznaczonego celu, nie naruszają istoty prawa do ochrony danych i przewidują odpowiednie i konkretne środki ochrony praw podstawowych i interesów osoby, której dane dotyczą, w tym do wypełnienia obowiązków w zakresie zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej wynikających z programu



Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” dla JST – edycja 2025, przyjętego na podstawie ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2020 r. poz. 1787 z późn. zm.)

5. Dane osobowe będą przechowywane przez okres przewidziany w przepisach dotyczących przechowywania i archiwizacji dokumentacji, tj. przez 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym rozpatrzono wniosek.
6. Źródłem pochodzenia danych osobowych mogą być wnioskodawcy, tj. osoby niepełnosprawne, rodzice i opiekunowie osób niepełnosprawnych oraz osoby zatrudnione/świadczące/realizujące usługi opiekuna wytchnieniowego.
7. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych są podmioty uprawnione do ujawnienia im danych na mocy przepisów prawa oraz podmioty realizujące świadczenie w imieniu administratora na podstawie umów cywilnoprawnych. Dane osób fizycznych przetwarzane przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kaliszu, w szczególności dane osób świadczących/realizujących usługi opiekuna wytchnieniowego na rzecz uczestników Programu lub opiekunów prawnych mogą być udostępniane Ministrowi Rodziny i Polityki Społecznej lub Wojewodzie Wielkopolskiemu m.in. do celów sprawozdawczych czy kontrolnych.¹⁾
8. Ma Pani/Pan prawo do: dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, uzyskania ich kopii, prawo do ograniczenia ich przetwarzania oraz prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, e-mail: kancelaria@uodo.gov.pl). Ponadto ma Pan/Pani prawo do wniesienia sprzeciwu co do przetwarzania danych, a administratorowi nie wolno już przetwarzać tych danych osobowych, chyba że wykaże on istnienie ważnych prawnie uzasadnionych podstaw do przetwarzania, nadrzędnych wobec interesów, praw i wolności osoby, której dane dotyczą, lub podstaw do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.
9. Podanie danych osobowych w zakresie wynikającym z Karty zgłoszenia do programu „Opieka wytchnieniowa dla JST” – edycja 2025 lub realizacji programu jest dobrowolne, jednak niezbędne do wzięcia udziału w programie.

.....
Data, Podpis członka rodziny lub opiekuna

¹⁾ W przypadku udostępniania Ministrowi Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej danych osób fizycznych, Miasto Kalisz – Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kaliszu realizuje w imieniu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej obowiązek wynikający z art. 14 RODO i poinformuje te osoby o przetwarzaniu ich danych przez Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Klauzula Ministra Rodziny i Polityki Społecznej stanowi załącznik nr 11 do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla JST - edycja 2026.



Załącznik nr 4 do regulaminu

.....
Imię i Nazwisko

.....
Miejscowość, data

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer telefonu

**Oświadczenie uczestnika programu dot. przygotowania wskazanego opiekuna
wytchnieniowego do świadczenia usług opieki wytchnieniowej**

Oświadczam, że Pan/Pani.....

Imię i nazwisko opiekuna wytchnieniowego

wskazany/ wskazana przeze mnie w Karcie zgłoszenia do programu jest przygotowany/a do świadczenia usług opieki wytchnieniowej.

.....
Podpis członka rodziny lub opiekuna

¹ Niepotrzebne skreślić



Załącznik nr 5 do regulaminu

.....
Imię i Nazwisko

.....
Miejscowość, data

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer telefonu

Oświadczenie o akceptacji opiekuna wytchnieniowego dla małoletniego

Oświadczam, że akceptuję Pana/Panią.....

Imię i nazwisko opiekuna wytchnieniowego

jako opiekuna wytchnieniowego dla mojego dziecka -

Imię i nazwisko dziecka

.....
Podpis członka rodziny lub opiekuna prawnego małoletniego