



**REGULAMIN REKRUTACJI PROGRAMU „OPIEKA
WYTCJNIENIOWA” 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.