

**REGULAMIN REKRUTACJI I UDZIAŁU W PROGRAMIE „OPIEKA WYTCHNIENIOWA” DLA JEDNOSTEK  
SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO - edycja 2026**

**§ 1**

**Definicje**

1. Opiekun - osoba świadcząca usługę opieki wytchnieniowej.
2. Członek rodziny/opiekun osoby z niepełnosprawnością - osoba sprawująca bezpośrednią opiekę nad dzieckiem od ukończenia 2 roku życia do ukończenia 16 roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności lub sprawująca opiekę nad osobą posiadającą orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności.
3. Realizator Programu - Gmina Ostrowiec Świętokrzyski/Centrum Usług Społecznych w Ostrowcu Świętokrzyskim, ul. Świętokrzyska 22, 27-400 Ostrowiec Świętokrzyski.
4. Kandydat - osoba ubiegająca się o uczestnictwo w programie na podstawie zasad ujętych w niniejszym Regulaminie.
5. Centrum – Centrum Usług Społecznych w Ostrowcu Świętokrzyskim.
6. Program - Program Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego.
7. Uczestnik Programu - osoba zakwalifikowana do Programu zgodnie z zasadami ujętymi w niniejszym Regulaminie.

**§ 2**

**Postanowienia ogólne**

1. Program Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej: „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026, ma na celu wsparcie członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad: dziećmi od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadającymi orzeczenie o niepełnosprawności, a także nad osobami posiadającymi orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. (Dz. U. z 2025 r., poz. 913 z późn. zm.) o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, poprzez umożliwienie uzyskania doraźnej, czasowej pomocy w formie usługi opieki wytchnieniowej, 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.

2. Limit godzin usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego przypadających na jedną osobę z niepełnosprawnością w 2026 r. wynosi nie więcej niż 240 godzin dla usługi opieki wytchnieniowej świadczonej w ramach pobytu dziennego.

3. Podstawą prawną realizacji Programu jest art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 23 października 2018 r., o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2024 r., poz. 1848 z późn. zm.).

4. Program realizowany jest przez Gminę Ostrowiec Świętokrzyski – Centrum Usług Społecznych w Ostrowcu Świętokrzyskim.

5. Program finansowany jest ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach Programu Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026.

6. Program skierowany jest do mieszkańców Gminy Ostrowiec Świętokrzyski.

7. Udział w Programie jest bezpłatny dla Uczestników Programu.

8. Program realizowany będzie w okresie od dnia **01.04.2026 r. do dnia 28.12.2026 r.**

### **§ 3**

#### **Adresaci Programu**

1. Program adresowany jest do członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad dziećmi od 2 roku życia do ukończenia 16 roku życia posiadającymi orzeczenie o niepełnosprawności lub osobami posiadającymi orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, którzy wymagają usług opieki wytchnieniowej, zwanych dalej „Uczestnikami Programu”.

2. Usługi opieki wytchnieniowej przysługują w przypadku zamieszkiwania członka rodziny lub opiekuna, o których mowa w ust. 1, we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą z niepełnosprawnością, która wymaga stałej opieki w zakresie potrzeb życia codziennego.

### **§ 4**

#### **Cele i założenia**

1. Głównym celem Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 jest wsparcie członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad:

1) dziećmi od ukończenia 2 roku życia do ukończenia 16 roku życia posiadających orzeczenie o niepełnosprawności lub

2) osobami niepełnosprawnymi posiadającymi:

a) orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo

b) orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem wymienionym w lit. a, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych poprzez umożliwienie uzyskania doraźnej, czasowej pomocy w formie usługi opieki wytchnieniowej.

2. Pomoc o której mowa w § 4 ust. 1 będzie realizowana w Gminie Ostrowiec Świętokrzyski w formie usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością.

3. Usługi opieki wytchnieniowej mają za zadanie odciążenie członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnością poprzez wsparcie ich w codziennych obowiązkach lub zapewnienie czasowego zastępstwa. Dzięki temu wsparciu osoby zaangażowane na co dzień w sprawowanie opieki nad osobą z niepełnosprawnością dysponować będą czasem, który będą mogły przeznaczyć na odpoczynek i regenerację, jak również na załatwienie niezbędnych spraw życiowych. Ważnym aspektem usługi opieki wytchnieniowej jest także wzmocnienie osobistego potencjału członków rodzin, opiekunów zaangażowanych w sposób stały w codzienne wspomaganie osób z niepełnosprawnością oraz ograniczenie wpływu na ich kondycję psychofizyczną i wiążących się z tym obciążeń.

## § 5

### **Zakres usług w ramach pobytu dziennego**

1. Usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego są świadczone w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością.

2. Za wszelkie czynności realizowane przez opiekuna na prośbę osoby z niepełnosprawnością lub opiekuna osoby z niepełnosprawnością w miejscu zamieszkania i w zakresie niezgodnym z niniejszym regulaminem odpowiedzialność ponosi osoba z niepełnosprawnością lub opiekun osoby z niepełnosprawnością.

3. Zakres usług:

- 1) pomoc w dokonywaniu bieżących porządków w używanej przez osobę niepełnosprawną części mieszkania (w zakresie jednego pokoju i kuchni),
- 2) pomoc w utrzymaniu w czystości naczyń stołowych, kuchennych i innego sprzętu gospodarstwa domowego,
- 3) pomoc w przepierkach rzeczy osobistych i odzieży, pomoc w prasowaniu,
- 4) pomoc w organizowaniu prania bielizny pościelowej,
- 5) pomoc w przygotowaniu posiłku: śniadania, obiadu, kolacji,

- 6) sianie łóżka,
- 7) karmienie, czesanie, ubieranie, obcinanie paznokci,
- 8) pomoc przy myciu, kąpaniu,
- 9) zmiana bielizny pościelowej i osobistej,
- 10) układanie osoby niepełnosprawnej w łóżku, oklepywanie, zmiana pozycji,
- 11) podawanie basenu, kaczki,
- 12) zmiana pampersów,
- 13) zapobieganie powstawaniu odleżyn, nacieranie, oklepywanie,
- 14) zamawianie wizyt lekarskich, realizacja recept,
- 15) pomoc przy poruszaniu się po mieszkaniu,
- 16) podtrzymywanie kontaktów z otoczeniem, towarzyszenie w czasie spacerów lub/i w czasie nieobecności członka rodziny lub opiekuna osoby niepełnosprawnej,
- 17) pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych,
- 18) uzgadnianie i przestrzeganie terminów wizyt lekarskich, badań diagnostycznych,
- 19) pomoc w wykupowaniu lub zamawianiu leków,
- 20) dopilnowanie przyjmowania leków oraz obserwowanie ewentualnych skutków ubocznych ich stosowania,
- 21) w szczególnie uzasadnionych przypadkach zmiana opatrunków, pomoc w użyciu środków pomocniczych i materiałów medycznych, przedmiotów ortopedycznych, a także w utrzymaniu higieny,
- 22) pomoc w dotarciu do placówek służby zdrowia, pomoc w dotarciu do placówek rehabilitacyjnych,
- 23) pomoc w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania,
- 24) uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia, w tym zwłaszcza wspieranie, a także asystowanie w codziennych czynnościach życiowych, w szczególności takich jak: samoobsługa, dbałość o higienę i wygląd,
- 25) utrzymanie kontaktu z domownikami, rówieśnikami oraz ze społecznością lokalną,
- 26) wspólne organizowanie i spędzanie czasu wolnego,
- 27) ułatwianie dostępu do edukacji i kultury.

4. Usługi opieki wytchnieniowej w formie pobytu dziennego mogą być realizowane w godzinach od 6:00 do 22:00 przez 7 dni w tygodniu, także w święta.

5. Limit usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego na jednego Uczestnika wynosi nie więcej niż 240 godzin w okresie realizacji Programu.

6. Maksymalna długość świadczenia formy nieprzerwanego pobytu dziennego wynosi 12 godzin dla jednej

osoby z niepełnosprawnością.

7. W godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej nie mogą być świadczone inne formy pomocy usługowej, w tym: usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2024 r., poz. 1283 z późn. zm.), inne usługi finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie do usług opieki wytchnieniowej finansowane ze środków publicznych.

## § 6

### **Kryteria korzystania z usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego**

1. Uczestnikiem Programu może zostać osoba, która spełnia następujące kryteria:

1) jest członkiem rodziny/opiekunem zamieszkującym we wspólnym gospodarstwie domowym i sprawującym bezpośrednią opiekę nad:

a) dziećmi od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadającymi orzeczenie o niepełnosprawności,

b) osobami posiadającymi orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, albo orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,

2) złoży we wskazanym terminie wymagane dokumenty rekrutacyjne:

a) kartę zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, stanowiącą załącznik nr 1 do Regulaminu wraz z kserokopią aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności/o niepełnosprawności,

b) oświadczenie członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością o zamieszkiwaniu we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą z niepełnosprawnością, która wymaga stałej opieki w zakresie potrzeb życia codziennego, stanowiący załącznik nr 2 do Regulaminu,

c) kartę zakresu czynności w ramach usług opieki wytchnieniowej do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2026 – załącznik nr 3 do niniejszego Regulaminu,

Dokumenty rekrutacyjne dostępne są w siedzibie Centrum Usług Społecznych w Ostrowcu Świętokrzyskim ul. Świętokrzyska 22, pokój 3.19 od poniedziałku do piątku w godzinach od 7<sup>00</sup> do 9<sup>00</sup> i od 14<sup>00</sup> do 15<sup>00</sup> lub w pokoju 3.14 od poniedziałku do piątku w godzinach 7<sup>00</sup> do 15<sup>00</sup> , w Domu Sąsiedzkim w Ostrowcu Świętokrzyskim ul. Kuźnia 28 oraz na stronie internetowej Centrum Usług Społecznych w Ostrowcu Świętokrzyskim [www.cus.ostrowiec.pl](http://www.cus.ostrowiec.pl) w zakładce usługi społeczne: opieka wytchnieniowa 2026 <https://cus.ostrowiec.pl/opieka-wytchnieniowa-2026/>.

2. W pierwszej kolejności uwzględnione zostaną potrzeby:

**1).** członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobą z

niepełnosprawnością, która stale przebywa w domu i nie korzysta np. z ośrodków wsparcia, placówek 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 i 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.

Realizator Programu przyznając usługi opieki wychowawczej będzie brał pod uwagę stan zdrowia i sytuację osobistą uczestników Programu oraz osób z niepełnosprawnościami.

## § 7

### Zasady rekrutacji w ramach pobytu dziennego

1. Realizator Programu planuje objęcie wsparciem 70 osób, w tym:

- 1) 5 dzieci od ukończenia 2 roku życia do ukończenia 16 roku życia posiadających orzeczenie o niepełnosprawności,
- 2) 65 osób 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.

2. Dokumenty wymienione w § 6 ust. 1 pkt 2) należy złożyć w formie papierowej w Kancelarii Centrum Usług Społecznych w Ostrowcu Świętokrzyskim przy ul. Świętokrzyskiej 22 (III piętro, pokój 3.14) bądź w sekretariacie (IV piętro, pokój 4.15) od poniedziałku do piątku w godzinach 7.00 do 15.00, pocztą tradycyjną (decyduje data stempla pocztowego), drogą elektroniczną poprzez ePUAP, **od dnia 16.02.2026 r. dnia 27.02.2026 r.**

3. Dokumenty, o których mowa w § 6 ust. 1 pkt 2) muszą zostać opatrzone własnoręcznym podpisem członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością.

4. Złożenie karty zgłoszenia do Programu wraz z innymi dokumentami, nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem Kandydata do Programu.

5. Kandydat niespełniający kryteriów formalnych nie zostanie zakwalifikowany do udziału w Programie.

6. O zakwalifikowaniu do Programu decydować będzie ocena indywidualnej sytuacji członka/ opiekuna osoby z niepełnosprawnością przeprowadzona przez pracownika Centrum Usług Społecznych – załącznik nr 4 do niniejszego Regulaminu.

Ocena indywidualnej sytuacji członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością odnosi się do zbadania/weryfikacji:

- a) 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;
- b) 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;
- c) 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;
- d) 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.
7. Liczba przyznanych godzin usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego będzie uzależniona od indywidualnych potrzeb uczestnika Programu i określona przez pracownika Centrum Usług Społecznych.
8. Kolejność zgłoszeń nie ma wpływu na wynik naboru uczestników Programu.
9. Realizator Programu poinformuje w formie pisemnej uczestnika Programu lub jego opiekuna prawnego o przyznaniu usługi opieki wytchnieniowej, przyznanym wymiarze godzin usług, ustalonym zakresie czynności, a także o prawach i obowiązkach wynikających z przyznania usługi opieki wytchnieniowej.
10. Realizator Programu poinformuje w formie pisemnej uczestnika Programu lub jego opiekuna prawnego o wpisaniu go na listę rezerwową.
11. Realizator Programu poinformuje pismem wraz z uzasadnieniem o odmowie przyznania usługi opieki wytchnieniowej osoby, które:
- złożyły kartę zgłoszenia do Programu po terminie rekrutacji,
  - nie spełniają kryteriów formalnych udziału w Programie.
12. Zostanie sporządzona lista osób zakwalifikowanych do Programu, lista rezerwowa oraz lista osób niezakwalifikowanych do Programu.
13. Pozycja na liście rezerwowej nie ma wpływu na przyznanie usług opieki wytchnieniowej.
14. 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 znajdującym się na liście rezerwowej nadal będzie posiadał wolne miejsca zostanie ogłoszony kolejny nabór uczestników do Programu.

## § 8

### Warunki rezygnacji z uczestnictwa w Programie

1. Rezygnacja z uczestnictwa w Programie może nastąpić w trakcie jego trwania, w każdej chwili.
2. Każdy Uczestnik rezygnujący z udziału w Programie zobowiązany jest do złożenia pisemnej rezygnacji.

## **§ 9**

### **Postanowienia końcowe**

1. W przypadku zmiany miejsca zamieszkania/pobytu osoba korzystająca z usług opieki wytchnieniowej wskazuje nowy adres, a jeżeli zmiana wykracza poza obszar Gminy Ostrowiec Świętokrzyski składa oświadczenie o rezygnacji z udziału w Programie.
2. W sprawach nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie zastosowanie mają zapisy Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026, ogłoszonego przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

**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 mózgowie; 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 z późn. zm.),
  - 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 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 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 wytchnieniowej w ramach pobytu całodobowego:
  - a) dla osoby pełnoletniej, mieszkanie treningowe lub wspomagane,
  - b) ośrodek wsparcia,
  - c) dla osoby pełnoletniej, rodzinny domu pomocy,
  - d) dla osoby pełnoletniej, dom pomocy społecznej świadczący usługi wsparcia krótkoterminowego w formie pobytu całodobowego,
  - e) dla osoby pełnoletniej, dom pomocy społecznej prowadzony przez podmioty niepubliczne,

o których mowa w art. 57 ust. 1 pkt 2-4 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, w przypadku posiadania warunków infrastrukturalnych i organizacyjnych, oraz gdy świadczenie usług opieki wytchnieniowej nie wpłynie 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 wytchnieniowej w miejscach, o których mowa w lit. a-f, istnieje możliwość zrealizowania opieki wytchnieniowej w centrum opiekuńczo-mieszkalnym (COM), w przypadku posiadania wolnych miejsc,
- h) za uprzednią pisemną zgodą gminy/powiatu, miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
- i) za uprzednią pisemną zgodą gminy/powiatu, inne miejsce wskazane przez uczestnika Programu lub realizatora Programu, spełniające kryteria dostępności, o których mowa w ustawie z dnia z 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami.

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

\*\*\* odpowiednie skreślić.

**Informacja o przetwarzaniu Pana/i danych osobowych**  
**Oświadczam, że zostałam/em poinformowany o tym że:**

Zgodnie z art. 13 ust. 1-2 oraz art. 14 ust. 1-2 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.U.UE.L.2016.119.1), zwanego dalej „RODO”, informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Centrum Usług Społecznych w Ostrowcu Świętokrzyskim, ul. Świętokrzyska 22, 27- 400 Ostrowiec Świętokrzyski, nr tel. (41) 276 – 76 - 00, którego reprezentantem jest Dyrektor Centrum.

2. Administrator danych powołał Inspektora Ochrony Danych (IOD), który reprezentuje Administratora w kwestiach związanych z przetwarzaniem danych osobowych osób fizycznych.

Nr tel. IOD (41) 276-76-35, adres e-mail: biuro@cus.ostrowiec.pl

3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a i c RODO wyłącznie w celu realizacji zadań Centrum określonych przepisami prawa.

4. Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione tylko i wyłącznie podmiotom uprawnionym do ich pozyskania na podstawie przepisów prawa regulujących ich działalność.

5. Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane do państw trzecich. Pod pojęciem państw trzecich rozumie się wszystkie kraje, które nie są państwami członkowskimi Unii Europejskiej.

6. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą przez okres niezbędny do realizacji celu przetwarzania danych tj. do czasu niezbędnego do zrealizowania Pani/Pana uprawnień np. uzyskania określonej formy pomocy. Wymieniony czas określają przepisy prawa regulujące przyznawanie poszczególnych świadczeń bądź przepisy o archiwizacji.

7. Zgodnie z RODO ma Pani/Pan w stosunku do swoich danych osobowych prawo do: dostępu, sprostowania, wniesienia skargi do organu nadzorczego (Urząd Ochrony Danych Osobowych w Warszawie), usunięcia, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, przenoszenia do innych podmiotów, uzyskania kopii danych osobowych.

8. Działalność Centrum Usług Społecznych jako jednostki zajmującej się przyznawaniem ustawowej pomocy społecznej oraz socjalnej opiera się na przepisach prawa regulujących przyznawanie tego typu świadczeń, w związku z czym nie wymagana jest Pani/Pana zgoda na przetwarzanie danych osobowych.

9. Wszelkie inne niż wymienione w pkt. 8 formy pomocy lub świadczeń w tym rejestrowanie rozmów telefonicznych wymagają wyrażenia Pani/ Pana zgody na przetwarzanie danych osobowych.

10. Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

**Zgoda:**

Wyrażam zgodę, na przetwarzanie danych osobowych, przez Centrum Usług Społecznych w Ostrowcu Świętokrzyskim, w związku z realizacją usług społecznych przez ww. Centrum.

.....  
(czytelny podpis Wnioskodawcy/opiekuna faktycznego/  
przedstawiciela Ustawowego)

Ostrowiec Świętokrzyski dnia .....

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres zamieszkania opiekuna prawnego lub członka rodziny/  
opiekuna osoby z niepełnosprawnością)

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że zamieszkuję we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą z niepełnosprawnością – Panią/Panem/dzieckiem\* ....., która wymaga stałej opieki w zakresie potrzeb życia codziennego.

.....  
(Podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością)

\*niepotrzebne skreślić

Ostrowiec Świętokrzyski, dnia .....

.....  
(imię i nazwisko opiekuna/członka rodziny)

### Zakres wsparcia w ramach usługi opieki wytchnieniowej

.....  
(imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością /dziecka z niepełnosprawnością)

**Usługi opiekuńcze świadczone w ramach opieki wytchnieniowej obejmują w szczególności następujący zakres:**

- 1) pomoc w dokonywaniu bieżących porządków w używanej przez osobę niepełnosprawną części mieszkania (w zakresie jednego pokoju i kuchni),
- 2) pomoc w utrzymaniu w czystości naczyń stołowych, kuchennych i innego sprzętu gospodarstwa domowego,
- 3) pomoc w przepierkach rzeczy osobistych i odzieży, pomoc w prasowaniu,
- 4) pomoc w organizowaniu prania bielizny pościelowej,
- 5) pomoc w przygotowaniu posiłku: śniadania, obiadu, kolacji,
- 6) sianie łóżka,
- 7) karmienie, czesanie, ubieranie, obcinanie paznokci,
- 8) pomoc przy myciu, kąpaniu,
- 9) zmiana bielizny pościelowej i osobistej,
- 10) układanie osoby niepełnosprawnej w łóżku, oklepywanie, zmiana pozycji,
- 11) podawanie basenu, kaczki,
- 12) zmiana pampersów,
- 13) zapobieganie powstawaniu odleżyn, nacieranie, oklepywanie,
- 14) zamawianie wizyt lekarskich, realizacja recept,
- 15) pomoc przy poruszaniu się po mieszkaniu,
- 16) podtrzymywanie kontaktów z otoczeniem, towarzyszenie w czasie spacerów lub/i w czasie nieobecności członka rodziny lub opiekuna osoby niepełnosprawnej,
- 17) pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych,
- 18) uzgadnianie i przestrzeganie terminów wizyt lekarskich, badań diagnostycznych,

- 19) pomoc w wykupowaniu lub zamawianiu leków,
- 20) dopilnowanie przyjmowania leków oraz obserwowanie ewentualnych skutków ubocznych ich stosowania,
- 21) w szczególnie uzasadnionych przypadkach zmiana opatrunków, pomoc w użyciu środków pomocniczych i materiałów medycznych, przedmiotów ortopedycznych, a także w utrzymaniu higieny,
- 22) pomoc w dotarciu do placówek służby zdrowia, pomoc w dotarciu do placówek rehabilitacyjnych,
- 23) pomoc w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania,
- 24) uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia, w tym zwłaszcza wspieranie, a także asystowanie w codziennych czynnościach życiowych, w szczególności takich jak: samoobsługa, dbałość o higienę i wygląd,
- 25) utrzymanie kontaktu z domownikami, rówieśnikami oraz ze społecznością lokalną,
- 26) wspólne organizowanie i spędzanie czasu wolnego,
- 27) ułatwianie dostępu do edukacji i kultury.

.....  
Podpis pracownika

.....  
(podpis osoby z niepełnosprawnością/opiekuna)

Miejscowość, data .....

**OCENA INDYWIDUALNEJ SYTUACJI CZŁONKA RODZINY/OPIEKUNA OSOBY  
Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ**

Imię, nazwisko, data urodzenia i adres zamieszkania członka rodziny/opiekuna osoby  
z niepełnosprawnością .....

Imię, nazwisko, data urodzenia i adres zamieszkania osoby z niepełnosprawnością  
.....

Zaznaczyć znakiem „X” odpowiednią kratkę w kolumnie „TAK” lub w kolumnie „NIE”.

Odpowiedź „TAK”= 1 pkt, odpowiedź „NIE” – 0 pkt

<b>Kryteria pierwszeństwa zakwalifikowania do Programu:</b>	TAK	NIE	Liczba punktów
<b>Osoba z niepełnosprawnościami sprzężonymi</b>			
Członek rodziny lub opiekun sprawujący bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, która stale przebywa w domu i nie korzysta np. ze ośrodków wsparcia, placówek 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 i nie studiuje			
Nieaktywny zawodowo członek rodziny lub opiekun sprawujący bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, który ma ograniczone możliwości podejmowania aktywności zawodowej ze względu na konieczność opiekowania się osobą z niepełnosprawnością			
<b>Badanie/weryfikacja</b> po uwzględnieniu Karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026	TAK	NIE	Liczba punktów
<b>Potrzeby osoby z niepełnosprawnością wymagającej wsparcia:</b>			
Osoba wymaga wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej			
Osoba wymaga wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania			

Osoba wymaga wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem			
<b>Poziom samodzielności osoby z niepełnosprawnością:</b>	TAK	NIE	Liczba punktów
Czynności samoobsługowe, w tym utrzymanie higieny osobistej – wymaga wsparcia			
Przemieszczanie się poza miejscem zamieszkania - wymaga wsparcia			
Wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem – wymaga wsparcia			
	TAK	NIE	Liczba punktów
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			
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			
<b>SUMA</b>			

Data i podpisy osób dokonujących ocenę:

.....

.....

Powyższy wynik indywidualnej oceny sytuacji osoby z niepełnosprawnością skutkuje pisemną informacją dla kandydata/- tki o:

- przyznaniu w roku kalendarzowym 2026 usług opieki wytchnieniowej w wymiarze ogółem ..... godzin\*
- wpisaniu na listę rezerwową. Pozycja na liście rezerwowej nie ma wpływu na przyznanie usług opieki wytchnieniowej.\*
- o odmowie przyznania usług opieki wytchnieniowej wraz z uzasadnieniem.\*

\* **niepotrzebne skreślić**

Data i podpis koordynatora Programu:

.....