ZARZĄDZENIE NR ..244.. /26
PREZYDENTA MIASTA BIAŁEGOSTOKU
z dnia .....02.KWI.....2026 r.

w sprawie zatwierdzenia regulaminu rekrutacji do Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka Wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 realizowanego przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Białymstoku.

Na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2025 r. poz. 1153 i 1436 oraz z 2026 r. poz. 252) oraz na podstawie Programu Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 zarządzam, co następuje:

§ 1.

Zatwierdzam Regulamin rekrutacji do Programu „Opieka Wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 realizowanego przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Białymstoku w brzmieniu określonym w załączniku do niniejszego zarządzenia.

§ 2.

Wykonanie zarządzenia powierzam Zastępcy Prezydenta Miasta Białegostoku nadzorującemu Departament Spraw Społecznych, Dyrektorowi Departamentu Spraw Społecznych oraz Dyrektorowi Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Białymstoku.

§ 3.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

wz. PREZYDENTA MIASTA
Rafał Rudnicki
ZASTĘPCA PREZYDENTA MIASTA

Załącznik
do ZARZĄDZENIA NR .244./26
PREZYDENTA MIASTA BIAŁEGOSTOKU
z dnia ..02..kwietnia...2026 r.

REGULAMIN REKRUTACJI DO PROGRAMU MINISTRA RODZINY, PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ „OPIEKA WYTCHNIENIOWA" DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO – EDYCJA 2026

Realizacja Programu będzie finansowana ze środków Funduszu Solidarnościowego. Za udział w Programie Uczestnik nie ponosi odpłatności.

§ 1.
Słownik pojęć

1. **Program** – Program Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego (JST) – edycja 2026, finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego otrzymanych od Ministra.
2. **Minister** – Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.
3. **MOPR** – Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Białymstoku, ul. Malmeda Icchoka 8, 15-440 Białystok, przyznający usługi opieki wytchnieniowej.
4. **Regulamin** – regulamin rekrutacji Kandydatów do Programu prowadzonej przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Białymstoku.
5. **Realizator Programu** – Miasto Białystok.
6. **Realizator usług** - organizacje pozarządowe, o których mowa w art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i wolontariacie oraz podmioty, o których mowa w art. 3 ust. 3 tej ustawy, wyłonione w otwartym konkursie ofert, zapewniające mieszkańcom Białegostoku usługi opieki wytchnieniowej.
7. **Kandydat** - osoba, która złożyła dokumenty rekrutacyjne, ale nie została jeszcze zakwalifikowana do udziału w Programie.
8. **Uczestnik** – odpowiednio członek rodziny lub opiekun/opiekunowie, któremu/ którym pisemną informacją Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Białymstoku lub innej osoby upoważnionej przyznano usługi opieki wytchnieniowej w ramach Programu.
9. **Osoba z niepełnosprawnością/OzN** – dziecko od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadające orzeczenie o niepełnosprawności lub osoba legitymująca się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności lub traktowanym 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.
10. **Opiekun** – członek rodziny lub opiekun/ opiekunowie sprawujący bezpośrednią opiekę i zamieszkujący we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą z niepełnosprawnością, która wymaga stałego wsparcia w zakresie potrzeb życia codziennego.

11. **Usługi opieki wytchnieniowej** – usługi świadczone w zastępstwie członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością polegające na zapewnieniu okresowego wsparcia w zabezpieczeniu potrzeb osoby z niepełnosprawnością.
12. **Członek rodziny** – wstępny oraz zstępny, krewny w linii bocznej, małżonek, wstępni oraz zstępni małżonka, krewni w linii bocznej małżonka, zięć, synowa, macocha, ojczym oraz osoba pozostająca we wspólnym pożyciu, a także osoba pozostająca w stosunku przysposobienia z Uczestnikiem Programu.
13. **Zespół** – Zespół ds. oceny indywidualnej sytuacji Kandydatów i przyznania usług opieki wytchnieniowej powołany odrębnym zarządzeniem Dyrektora MOPR.

§ 2.
Informacje ogólne

1. Regulamin ustala zasady rekrutacji do Programu „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026.
2. Podstawę realizacji Programu stanowią warunki określone w Programie, ogłoszenie o naborze wniosków w ramach Programu, zaakceptowany przez Wojewodę Podlaskiego wniosek Miasta Białystok na środki finansowe z Programu oraz niniejszy Regulamin.
3. Celem Programu jest wsparcie członków rodzin i opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobami z niepełnosprawnościami.
4. Zgodnie z wnioskiem/ aktualizacją wniosku Miasta Białystok na środki finansowe zaakceptowanym przez Wojewodę Podlaskiego usługi opieki wytchnieniowej zaplanowano w formie pobytu dziennego w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością.
5. Usługa opieki wytchnieniowej, o której mowa w ust. 4 będzie realizowana po uprzednim uzyskaniu pisemnej zgody Miasta Białystok.
6. Dyrektor MOPR, odrębnym zarządzeniem może powołać, składający się z pracowników zaangażowanych w realizację Programu, Zespół ds. oceny indywidualnej sytuacji Kandydatów i przyznania usług opieki wytchnieniowej.
7. Liczba uczestników Programu jest ograniczona.
8. Usługi opieki wytchnieniowej świadczone będą do dnia 10.12.2026 r.

§ 3.
Adresaci Programu

1. Program jest kierowany do zamieszkujących na terenie Miasta Białystok 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 ze znacznym stopniem niepełnosprawności lub z orzeczeniem

traktowanym 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. Zgodnie z zaakceptowanym przez Wojewodę Podlaskiego wnioskiem/ aktualizacją wniosku Miasta Białystok, przewidziano objęcie usługami opieki wytchnieniowej w formie pobytu dziennego w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością członków rodzin/opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad:
1) dziećmi od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadającymi orzeczenie o niepełnosprawności – 16 osób – nie więcej niż 240 godzin na jednego Uczestnika Programu,

2) osobami legitymującymi znacznym stopniem niepełnosprawności – 28 osób – nie więcej niż 240 godzin na jednego Uczestnika Programu.

3. Limit, o którym mowa w ust. 2, dotyczy również:

1) członka rodziny osoby z niepełnosprawnością lub opiekuna osoby z niepełnosprawnością sprawującego bezpośrednią opiekę nad więcej niż jedną osobą z niepełnosprawnością,

2) więcej niż jednego członka rodziny osoby z niepełnosprawnością lub więcej niż jednego opiekuna osoby z niepełnosprawnością sprawujących bezpośrednią opiekę nad jedną osobą z niepełnosprawnością,

3) więcej niż jednego członka rodziny osoby z niepełnosprawnością lub więcej niż jednego opiekuna osoby z niepełnosprawnością sprawujących bezpośrednią opiekę nad więcej niż jedną osobą z niepełnosprawnością.

4. Realizator Programu 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 z późn. zm.), 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.

5. Liczba osób oraz limit godzin może ulec zmianie ze względu na rozeznanie zwiększonych potrzeb zabezpieczenia usług opieki wytchnieniowej wnioskodawców spełniających kryteria zawarte w Programie oraz niniejszym Regulaminie.

§ 4.

Zasady rekrutacji i przyjmowania zgłoszeń do Programu

1. Rekrutacja do Programu oraz przyznanie usług opieki wytchnieniowej należą do

kompetencji Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Białymstoku, ul. Icchoka Malmeda 8.

2. Wykonanie przyznanych usług opieki wytchnieniowej należy do Realizatora usług, z którym Miasto Białystok zawarło umowę na zapewnienie mieszkańcom Białegostoku usług opieki wytchnieniowej.

3. **Ogłoszenie o naborze wraz z terminem przyjmowania zgłoszeń zostanie zamieszczone**:

1) na stronie internetowej https://www.mopr.bialystok.pl,

2) na tablicach ogłoszeń w siedzibie MOPR przy ulicy Malmeda Icchoka 8, 15-440 Białystok oraz Urzędu Miejskiego w Białymstoku, przy ulicy Słonimskiej 1, 15-950 Białystok i innych lokalizacjach,

3) na stronie internetowej Urzędu Miejskiego w Białymstoku.

4. Dokumenty rekrutacyjne złożone przed i po terminie określonym w ust. 3 zostaną pozostawione bez rozpatrzenia.

5. Kolejność zgłoszeń nie ma wpływu na wyniki naboru Uczestników do Programu.

6. Dokumenty rekrutacyjne będą dostępne na stronie internetowej: www.mopr.bialystok.pl, w zakładce „Opieka wytchnieniowa" oraz papierowo w siedzibie MOPR ul. Malmeda 8.

7. Dokumenty będą przyjmowane w wybranej formie:

1) w siedzibie MOPR przy ul. Malmeda Icchoka 8, kancelaria I piętro pokój nr 1: poniedziałek w godzinach 8:00-16:30, od wtorku do piątku godzinach 7:30-15:00,

2) przesyłką pocztową na adres Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Białymstoku, ul. Malmeda Icchoka 8, 15-440 Białystok,

3) elektronicznie e-Doręczenia: AE:PL-84815-64281-TIUGR-21.

8. Komplet dokumentów stanowią:

1) Karta zgłoszenia do Programu - załącznik nr 1 do Regulaminu,

2) Klauzula informacyjna RODO Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Białymstoku - załącznik nr 2 do Regulaminu,

3) Karta Praw i Obowiązków Uczestnika Programu - załącznik nr 3 do Regulaminu,

4) kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności, znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego - umożliwiającego weryfikację, czy osoba posiada uprawnienia do uczestnictwa w Programie (oryginał do wglądu),

5) oryginał lub odpis pełnomocnictwa notarialnego lub kserokopia zaświadczenia z sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego lub kuratora (oryginał do wglądu) - jeżeli dotyczy.

9. Dokumenty rekrutacyjne muszą być podpisane:

1) w przypadku osoby dorosłej przez tę osobę lub jej pełnomocnika lub kuratora dla osoby niepełnosprawnej,

2) w przypadku osoby niepełnoletniej odpowiednio przez rodzica, opiekuna zastępczego lub opiekuna prawnego,

3) w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie lub częściowo odpowiednio przez opiekuna prawnego lub kuratora.

10. W Karcie zgłoszenia do Programu Kandydat może wskazać osobę wykonującą usługi opieki wytchnieniowej (imię, nazwisko, numer telefonu) z zastrzeżeniem ust. 11.

11. W przypadku, o którym mowa w ust. 10 należy uwzględnić, iż usługi opieki wytchnieniowej mogą świadczyć osoby pełnoletnie niebędące:

1) członkami rodziny osoby z niepełnosprawnością,

2) opiekunami osoby z niepełnosprawnością,

3) osobami faktycznie zamieszkującymi razem z osobą z niepełnosprawnością.

12. Braki formalne w dokumentacji rekrutacyjnej (dokumentacja niekompletna lub niepodpisana) i nie uzupełnione w terminie wskazanym przez MOPR, spowodują pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.

13. Złożenie dokumentów rekrutacyjnych nie jest jednoznaczne z przyznaniem usług opieki wytchnieniowej.

14. Informacje zawarte w Karcie zgłoszenia do Programu będą weryfikowane przez pracowników MOPR w miejscu zamieszkania członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością.

15. W przypadku uzasadnionej nieobecności członka rodziny/ opiekuna osoby z niepełnosprawnością w jego miejscu zamieszkania, powodującej brak możliwości dokonania czynności wynikającej z ust. 14, w terminie 14 dni od dnia zakończenia naboru, Kandydat do Programu zostanie z urzędu wpisany na listę rezerwową.

16. O ustaniu przyczyn nieobecności w miejscu zamieszkania, Kandydat ma obowiązek niezwłocznie poinformować MOPR drogą pisemną, elektronicznie lub telefonicznie.

17. Brak możliwości dokonania czynności wynikającej z ust. 14, w terminie do dnia 30.10.2026r. spowoduje, iż Karta zgłoszenia do Programu zostanie pozostawiona bez rozpatrzenia.

18. W sytuacji zwiększenia limitu osób korzystających z usługi opieki wytchnieniowej, Realizator Programu w pierwszej kolejności przyznaje usługi osobom wpisanym na listę rezerwową.

19. Pozycja na liście rezerwowej nie ma wpływu na przyznanie usług opieki wytchnieniowej.

20. Dokumentacja rekrutacyjna będzie przechowywana w MOPR, zgodnie z obowiązującymi przepisami i nie podlega zwrotowi.

21. Rekrutacja zostanie przeprowadzona w następujących etapach:

1) składanie przez Kandydatów dokumentów rekrutacyjnych do Programu,

2) ocena formalna i merytoryczna (weryfikacja kompletności dokumentacji),

3) ocena indywidualnej sytuacji członka rodziny/ opiekuna osoby z niepełnosprawnością (zbadanie/ weryfikacja):

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 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) weryfikacji w zakresie:

- 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 z późn. zm.), nie uczy się lub nie studiuje,

- 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.

4) posiedzenie Zespołu/ ustalenie listy głównej Uczestników – osób zakwalifikowanych do udziału w Programie/ ustalenie listy rezerwowej Uczestników – w przypadku rezygnacji z udziału w Programie lub niewykorzystania przyznanych godzin usług opieki wytchnieniowej przez Uczestnika, na jego miejsce może zostać zakwalifikowana osoba z listy rezerwowej pod warunkami określonymi w Programie/ ustalenie liczby osób niezakwalifikowanych do Programu,

5) poinformowanie Kandydatów w formie pisemnej o wynikach naboru tj. przyznaniu usługi opieki wytchnieniowej wraz z formą jej świadczenia, wymiarze wsparcia oraz o przysługujących prawach i obowiązkach, albo w przypadku braku możliwości przyznania usługi – o wpisaniu na listę rezerwową bądź odmowie wraz z uzasadnieniem,

6) kontakt Realizatora usług z poszczególnymi Uczestnikami, którym przyznano usługi opieki wytchnieniowej.

22. Uczestnikowi Programu może być przyznana mniejsza liczba godzin niż wnioskowana przez niego w Karcie zgłoszenia do Programu w związku z dokonaniem oceny indywidualnej sytuacji Uczestnika.

23. Kandydatowi do Programu może zostać odmówione przyznanie usługi opieki wytchnieniowej z uwagi na korzystanie w 2026 r. z usług opieki wytchnieniowej albo asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością finansowanych ze środków Funduszu w ramach innych programów Ministra dotyczących usług opieki wytchnieniowej albo usług

finansowanych przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych o ile obejmują analogiczne do opieki wytchnieniowej wsparcie.

24. Kandydat jest zobowiązany do poinformowania w ciągu 7 dni o wszelkich zmianach mających wpływ na prawo do korzystania z usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu lub na wymiar limitu godzin usług opieki wytchnieniowej (np. utrata statusu osoby niepełnosprawnej, zmiana stopnia niepełnosprawności, korzystanie w 2026 r. z usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków Funduszu w ramach innych programów Ministra dotyczących usług opieki wytchnieniowej albo usług finansowanych przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych o ile obejmują analogiczne do opieki wytchnieniowej wsparcie).

§ 5.
Prawa i obowiązki Uczestnika Programu

1. Uczestnik ma prawo w każdej chwili zrezygnować z udziału w Programie.
2. Uczestnik rezygnujący z udziału w Programie jest zobowiązany niezwłocznie w formie pisemnej lub elektronicznej poinformować o tym MOPR i Realizatora usług wskazując datę zakończenia usługi.
3. Opiekun osoby z niepełnosprawnością ma obowiązek informowania o wszelkich sytuacjach mających wpływ na realizację usług, w szczególności o:
    1) konieczności zawieszenia realizacji usługi (np. umieszczenia osoby z niepełnosprawnością w DPS),
    2) nieprawidłowo realizowanej usłudze,
    3) nieuzasadnionej nieobecności opiekuna świadczącego usługę,
    4) utracie uprawnień do korzystania z usług opieki wytchnieniowej,
    5) korzystania z usług opieki wytchnieniowej, finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach innych Programów.

§ 6.
Postanowienia końcowe

1. Zastrzega się prawo do wprowadzenia zmian w Regulaminie lub ujęcia w nim dodatkowych postanowień.
2. W sprawach nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie ostatecznie decyduje Dyrektor MOPR.

Załączniki do Regulaminu:

1. Załącznik Nr 1 - Karta zgłoszenia do Programu
2. Załącznik Nr 2 - Klauzula informacyjna RODO Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Białymstoku
3. Załącznik Nr 3 – Karta Praw i Obowiązków Uczestnika Programu
4. Załącznik Nr 4 – Formularz wywiadu w domu Kandydata na potrzeby realizacji Programu (wypełnia pracownik MOPR)

wz. PREZYDENTA MIASTA
Rafał Rudnicki
ZASTĘPCA PREZYDENTA MIASTA

Załącznik nr 1 do Regulaminu

Załącznik nr 7 do Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026

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 oponowo - rdzeniowa)☐;
2. dysfunkcja narządu wzroku☐;
3. zaburzenia psychiczne☐;
4. dysfunkcje o podłożu neurologicznym☐;
5. dysfunkcja narządu mowy i słuchu☐;
6. pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne☐.

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 opiekę 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 z późn. zm.), 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 z późn. zm.) / 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 wytchniniowej.

Miejscowość ....., data .....

.....

Podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług opieki wytchnieniowej.

.....

Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie

* Należy wpisać miejsce wymienione w treści Programu „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 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 negatywie 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);
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 negatywie 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.

wz. PREZYDENTA MIASTA
Rafał Rudnicki
ZASTĘPCA PREZYDENTA MIASTA

Załącznik Nr 2 do Regulaminu

Klauzula informacyjna Programu "Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – 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 Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Białymstoku
   z siedzibą przy ul. Malmeda Icchoka 8, 15-440 Białystok, tel. 85 879 79 50, e-mail: mopr@bialystok.pl
1. We wszystkich sprawach dotyczących ochrony danych osobowych, mają Państwo prawo kontaktować się z naszym Inspektorem Ochrony Danych na adres e-mail: iod@mopr.bialystok.pl
2. Celem przetwarzania danych osobowych jest realizacja Programu Ministra Rodziny Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego– edycja 2026, w tym rozliczenie otrzymanych środków z Funduszu Solidarnościowego.
3. 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 Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, przyjętego na podstawie ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym .
4. 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.

5. Źródłem pochodzenia danych osobowych mogą być wnioskodawcy, tj. osoby niepełnosprawne, rodzice i opiekunowie osób niepełnosprawnych oraz osoby zatrudnione/świadczące/realizujące usługi opieki wytchnieniowej.
6. 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 Rodzinie w Białymstoku, w szczególności dane osób świadczących/realizujących usługi opieki wytchnieniowej na rzecz uczestników Programu lub opiekunów prawnych mogą być udostępniane Ministrowi Rodziny Pracy i Polityki Społecznej lub Wojewodzie Podlaskiemu m.in. do celów sprawozdawczych czy kontrolnych.
7. 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. Stanisława Moniuszki 1A, 00-014 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 Jednostek Samorządu Terytorialnego– edycja 2026 lub realizacji Programu jest dobrowolne, jednak niezbędne do wzięcia udziału w Programie.

.....

podpis

WZ. PREZYDENTA MIASTA
Rafał Rudnicki
ZASTĘPCA PREZYDENTA MIASTA

Załącznik Nr 3 do Regulaminu

Karta Praw i Obowiązków Uczestnika Programu

1. Członek rodziny/ opiekun sprawujący bezpośrednią opiekę nad dzieckiem z orzeczeniem o niepełnosprawności lub osobą ze znacznym stopniem niepełnosprawności z dniem otrzymania informacji o przyznaniu usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026, uzyskuje status uczestnika Programu.
2. Za datę rozpoczęcia udziału w Programie uznaje się dzień, w którym Uczestnik został objęty pierwszorazową usługą opieki wytchnieniowej.
3. Za datę zakończenia udziału w Programie uznaje się dzień udzielenia ostatniej usługi opieki wytchnieniowej.
4. Uczestnik programu zobowiązuje się do:
a) udostępnienia danych osobowych własnych oraz osoby, nad którą sprawuje opiekę, w tym szczególnych kategorii danych niezbędnych do realizacji Programu. Odmowa podania danych osobowych będzie skutkować odrzuceniem z udziału w Programie,
b) optymalnego przygotowania np. zakup środków higieny, specjalistycznej żywności, leków do zabezpieczenia potrzeb osoby z niepełnosprawnością w czasie wykonywania usług opieki wytchnieniowej,
c) wcześniejszego poinformowania osoby świadczącej usługę opieki wytchnieniowej o nieobecności w terminie umówionego spotkania,
d) niezwłocznego informowania o wszelkich zmianach okoliczności faktycznych mogących mieć wpływ na realizację Programu, nie później niż w terminie 7 dni od dnia wystąpienia zmian,
e) udziału w badaniach monitorujących,
f) nieprzekraczania w 2026 r. łącznego wymiaru godzin świadczonego wsparcia przewidzianych w Programie „Opieka Wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, Programie „Opieka Wytchnieniowa" dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2026 oraz usług finansowanych przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych o ile obejmują analogiczne do opieki wytchnieniowej wsparcie,
g) zamieszkiwania we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą z niepełnosprawnością i sprawowania opieki nad tą osobą,
h) zadbania, aby w godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej, osoba z niepełnosprawnością nie korzystała z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych albo innych usług finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego, Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usług analogicznych z ww. finansowanymi ze środków publicznych.
5. Każdy Uczestnik ma prawo do bezpłatnego korzystania z zaplanowanych w Programie form wsparcia.

…… ……

Miejscowość, data *podpis wnioskodawcy*

wz. PREZYDENTA MIASTA
Rafał Rudnicki
ZASTĘPCA PREZYDENTA MIASTA

Załącznik nr 4 do Regulaminu

Formularz wywiadu w domu Kandydata na potrzeby realizacji Programu

„Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026

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

Imię i nazwisko:
.....
.....
Adres zamieszkania:
.....
.....
Telefon:
.....
.....
E-mail:
.....
.....

V. Dane dotyczące osoby z niepełnosprawnością, w związku z opieką nad którą, członkowi rodziny/opiekunowi przyznane zostały usługi opieki wytchnieniowej:

Imię i nazwisko:
.....
.....
Data urodzenia:
.....
.....
Adres zamieszkania:
.....
.....

VI. Informacje dotyczące realizowanych usług opieki wytchnieniowej:

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

VII. Rodzaj niepełnosprawności:

7. dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe;

stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowo - rdzeniowa)☐;

*Należy podkreślić realizowaną formę usług.

8. dysfunkcja narządu wzroku☐;
9. zaburzenia psychiczne☐;
10. dysfunkcje o podłożu neurologicznym☐;
11. dysfunkcja narządu mowy i słuchu☐;
12. pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne☐.

VIII. 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:

5. czynności samoobsługowe (np. utrzymanie higieny osobistej) **Tak☐/Nie☐**;
6. przemieszczanie się poza miejscem zamieszkania (np. spacer, udanie się do placówki zdrowia, sklepu, itp) **Tak☐/Nie☐**;
7. podejmowanie aktywności życiowej i komunikowanie się z otoczeniem **Tak☐/Nie☐**;
8. 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 z późn. zm.), 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:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

<u>Ocena dokonana przez pracownika MOPR</u>

Ocena indywidualna w zakresie:

a) potrzeb członka rodziny/ opiekuna w związku ze sprawowaniem opieki nad osobą
z niepełnosprawnością (krótki opis):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

b) poziomu samodzielności osoby z niepełnosprawnością (krótki opis):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

c) możliwości uzyskania pomocy od innych osób (krótki opis):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Białystok, dnia ....

(Podpis pracownika socjalnego)

wz. PREZYDENTA MIASTA
Rafał Rudnicki
ZASTĘPCA PREZYDENTA MIASTA