

**Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i udziału w
Programie „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 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.

.....
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 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 rekrutacji i udziału w
Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek
Samorządu Terytorialnego – edycja 2026**

.....
Miejscowość, data

.....
(Imię i nazwisko członka rodziny/opiekuna *)

.....
(adres)

.....
(nr telefonu)

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

Oświadczam, że jestem członkiem rodziny/opiekunem*

Pana/Pani/dziecka*, sprawuję nad
nim/nią* bezpośrednią opiekę oraz zamieszkujemy we wspólnym gospodarstwie domowym.

Jestem świadomy/świadoma* odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia**.

.....
(podpis czytelny członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością*)

* niepotrzebne skreślić

** Art. 233 § 1 Kodeksu Karnego: „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”.



**Załącznik nr 3 do Regulaminu rekrutacji i udziału w
Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek
Samorządu Terytorialnego – edycja 2026**

.....
(Imię i nazwisko członka rodziny/opiekuna *)

.....
.....
(adres)

DEKLARACJA

**Uczestnika Programu do wskazania osoby mającej świadczyć usługi opieki wytchnieniowej
w ramach programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026**

Ja, Uczestnik Programu
wskazuje Panią/Pana zam.
..... jako osobę, którą
wybrałem/wybrałam do świadczenia usługi opieki wytchnieniowej w ramach ww. Programu. Oświadczam,
że wskazana przeze mnie Osoba jest pełnoletnia, nie jest członkiem rodziny osoby z niepełnosprawnością,
opiekunem osoby z niepełnosprawnością, a także nie zamieszkuje razem z osobą z niepełnosprawnością
w odniesieniu do której świadczone będą usługi opieki wytchnieniowej i jest przygotowana do świadczenia usług
opieki wytchnieniowej.

*(Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny osoby z niepełnosprawnością uznaje się wstępnych lub zstępnych,
krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową,
macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z
osobą z niepełnosprawnością.)*

Jestem świadomy/świadoma* odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

dnia r.

(podpis czytelny członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością)*

* niepotrzebne skreślić

** art. 233 § 1 Kodeksu Karnego: „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.”



**Załącznik nr 4 do Regulaminu rekrutacji i udziału w
Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek
Samorządu Terytorialnego – edycja 2026**

Klauzula informacyjna Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej dla pracowników urzędów wojewódzkich oraz pracowników urzędów gmin/powiatów, którzy uczestniczą w realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026

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 wytchnieniowa” 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 wytchnieniowa” 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 wytchnieniowa” 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 wytchnieniowa” 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 Generатора 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 wytchnieniowa” 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 wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026.

.....
(podpis czytelny)



**Załącznik nr 5 do Regulaminu rekrutacji i udziału w
Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek
Samorządu Terytorialnego – edycja 2026**

***Klauzula informacyjna RODO w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek
Samorządu Terytorialnego – edycja 2026
Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Grajewie.***

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 Społecznej w Grajewie, ul. Strażacka 6, 19-200 Grajewo, tel.: +48862730860, e-mail: mops@mops.grajewo.pl.*
2. We wszystkich sprawach dotyczących ochrony danych osobowych, mają Państwo prawo kontaktować się z naszym Inspektorem Ochrony Danych na adres e-mail: iod@mops.grajewo.pl.
3. 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.
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, 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 (Dz.U. z 2024 r. poz. 1848 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 wnioski.
6. Źródłem pochodzenia danych osobowych mogą być wnioskodawcy, tj. członkowie rodzin lub opiekunowie osób niepełnosprawnych, osoby niepełnosprawne oraz osoby zatrudnione/świadczące/realizujące usługi opieki wytchnieniowej.
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 Miasto Grajewo/Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Grajewie, w szczególności dane osób świadczących/realizujących usługi opieki wytchnieniowej na rzecz uczestników Programu mogą być udostępniane Ministrowi Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej lub Podlaskiemu Urzędowi Wojewódzkiemu m.in. do celów sprawozdawczych czy kontrolnych.
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).
9. 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.
10. 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 czytelny)



Grajewo, dnia.....

.....
(Imię i nazwisko członka rodziny/opiekuna *)

.....

.....

(adres)

OŚWIADCZENIA

Uczestnika Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.
2. Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią Regulaminu rekrutacji i udziału w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Grajewie.
3. Oświadczam, że zapoznałem/am się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu.
4. Zostałem/am poinformowany/a o finansowaniu Programu ze środków Funduszu Solidarnościowego.
5. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług opieki wytchnieniowej oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowanie przez realizatora świadczonych usług. Czynności o których mowa wyżej dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług.

Grajewo, data

.....

(Podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością)



ANKIETA UZUPEŁNIAJĄCA UCZESTNIKA PROGRAMU
„Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026
realizowanego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Grajewie

1. Czy przekroczy Pan/Pani limit 240 godzin usług opieki wytchnieniowej świadczonej w ramach pobytu dziennego finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego przypadających na jedną osobę z niepełnosprawnością w 2026 r. w realizowanym Programie oraz usług opieki wytchnieniowej świadczonych w ramach wszystkich programów Ministra w zakresie usług opieki wytchnieniowej:

☐ TAK ☐ NIE

2. Czy we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają osoby mogące czasowo wyręczyć Pana/Panią w opiece nad osobą z niepełnosprawnością?

☐ TAK ☐ NIE

Jeżeli tak, proszę wskazać liczbę osób:.....

3. Czy posiada Pan/Pani orzeczenie o stopniu niepełnosprawności:

☐ TAK ☐ NIE

4. Czy jest Pan/Pani osobą aktywną zawodowo, uczącą się lub studiującą?

☐ TAK ☐ NIE

5. Czy osoba z niepełnosprawnością, nad którą sprawuje Pan/Pani bezpośrednią opiekę stale przebywa w domu?

☐ TAK ☐ NIE

6. Czy osoba z niepełnosprawnością, nad którą sprawuje Pan/Pani bezpośrednią opiekę korzysta z:

- ośrodka wsparcia ☐ TAK ☐ NIE
- placówek pobytu całodobowego ☐ TAK ☐ NIE
- środowiskowego domu samopomocy ☐ TAK ☐ NIE
- dziennego domu pomocy ☐ TAK ☐ NIE
- warsztatu terapii zajęciowej ☐ TAK ☐ NIE
- innego ośrodka (jakiego?)

7. Jeśli osoba niepełnosprawna korzysta ze wsparcia, proszę wskazać średniomiesięczną liczbę godzin wsparcia uzyskiwaną we wskazanej/ych placówce/ach w okresie ostatnich 3 m-cy:

Średnio godzin/miesiąc

8. Czy osoba z niepełnosprawnością, nad którą sprawuje Pan/Pani bezpośrednią opiekę jest aktualnie objęta wsparciem w formie usług opiekuńczych/specjalistycznych usług opiekuńczych/usług obejmujących analogiczne wsparcie?

☐ TAK ☐ NIE

Jeżeli tak, proszę wskazać w jakim wymiarze:.....

9. Czy osoba z niepełnosprawnością, nad którą sprawuje Pan/Pani bezpośrednią opiekę jest zatrudniona?

☐ TAK ☐ NIE

10. Czy osoba z niepełnosprawnością, nad którą sprawuje Pan bezpośrednią opiekę uczy się lub studiuje?

☐ TAK ☐ NIE

.....
(podpis członka rodziny lub opiekuna sprawującego opiekę nad osobą niepełnosprawną)



OŚWIADCZENIE

dotyczące stanu zdrowia i sytuacji życiowej uczestników Programu* oraz osób z niepełnosprawnościami mogących mieć wpływ na przyznanie usług opieki wytchnieniowej:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego/
członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością/

* - przez uczestników Programu rozumie się członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobami niepełnosprawnymi,

** - zgodnie z zapisami Programu Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Grajewie przyznając usługi opieki wytchnieniowej będzie brał pod uwagę stan zdrowia i sytuację życiową uczestników Programu oraz osób z niepełnosprawnościami.



**Załącznik nr 8 do Regulaminu rekrutacji i udziału w
Programie „Opieka wytnieniowa” dla Jednostek
Samorządu Terytorialnego – edycja 2026**

OŚWIADCZENIE
opiekuna prawnego małoletniego o akceptacji osoby wskazanej do świadczenia
usług opieki wytnieniowej w ramach Programu „Opieka wytnieniowa” dla Jednostek
Samorządu Terytorialnego - edycja 2026

Ja,będący rodzicem/opiekunem prawnym*
(imię i nazwisko)

małoletniej/małoletniego* niniejszym
(imię i nazwisko)

oświadczam, że akceptuję Panią/Pana* do realizacji
(imię i nazwisko)

usług opieki wytnieniowej względem mojego dziecka/podopiecznego*.

.....
Data i podpis rodzica/opiekuna prawnego

*niepotrzebne skreślić

