

5-010.A. 37-2019

**Zarządzenie Nr 37/2019**  
**Dyrektora Powiatowego Centrum**  
**Pomocy Rodzinie w Wołominie**  
**z dnia 13.09.2019 r.**

w sprawie: wprowadzania zasad postępowania dotyczących realizacji programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka Wytchnieniowa” – edycja 2019 w ramach Modułu III, współfinansowanego ze środków Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych oraz wzorów dokumentów i formularzy związanych z realizacją Programu.

Na podstawie przyjętego Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka Wytchnieniowa” – edycja 2019 oraz umowy 25/OW/2019 w sprawie wysokości i trybu przekazywania w 2019 roku środków Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych, zwanego dalej „Funduszem Solidarnościowym” na dofinansowanie zadań w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka Wytchnieniowa” – edycja 2019 z dnia 02.07.2019 r. zarządzam, co następuje:

§ 1

Realizując program Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka Wytchnieniowa” – edycja 2019 w ramach Modułu III, współfinansowanego ze środków Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych określa się i wprowadza do stosowania następujące dokumenty i formularze:

- 1) **Zasady programu „Opieka Wytchnieniowa” – edycja 2019** dotyczące Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka Wytchnieniowa” – edycja 2019 w ramach Modułu III, w brzmieniu określonym w **załączniku nr 1** do niniejszego zarządzenia;
- 2) Wzór **Deklaracji uczestnictwa w programie** – wypełnia Uczestnik programu, w brzmieniu określonym w **załączniku nr 2** do niniejszego zarządzenia;
- 3) Wzór **karty uczestnika Programu** - wypełnia Specjalista świadczący usługi opieki wytchnieniowej na rzecz uczestnika Programu, w brzmieniu określonym w **załączniku nr 3** do niniejszego zarządzenia;
- 4) Wzór **harmonogramu pracy specjalisty** – wypełnia Specjalista świadczący usługi opieki wytchnieniowej na rzecz uczestnika Programu, w brzmieniu określonym w **załączniku nr 4** do niniejszego zarządzenia.
- 5) Wzór klauzuli informacyjnej o przetwarzaniu danych osobowych, w brzmieniu określonym w **załączniku nr 5** do niniejszego zarządzenia.

§ 2

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

DYREKTOR  
Powiatowego Centrum Pomocy  
Rodzinie w Wołominie

*Maciej Burakowski*

ZASTĘPCA DYREKTORA  
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie  
w Wołominie

*Agata Żędzian*

RADCA PRAWNY

*Juliana Napalska*



## Zasady programu „Opieka Wytchnieniowa” – edycja 2019

### I. Informacje ogólne:

Niniejsze zasady określają:

1. Cel programu
2. Beneficjenci programu
3. Rodzaj oferowanego wsparcia
4. Zasady skorzystania z programu
5. Koszty usługi opieki wytchnieniowej
6. Limity usługi opieki wytchnieniowej
7. Finansowanie programu
8. Termin realizacji programu
9. Monitoring i ewaluacja

#### 1. Cel programu:

- a) wzmocnienie dotychczasowego systemu wsparcia poprzez świadczenie usług opieki wytchnieniowej dla członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad dziećmi z orzeczoną niepełnosprawnością ze wskazaniem oraz osobami dorosłymi ze znacznym stopniem niepełnosprawności,
- b) wsparcie finansowe gmin/powiatów w zakresie realizacji usług opieki wytchnieniowej,
- c) specjalistyczne poradnictwo tj. wsparcie psychologiczne lub terapeutyczne członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad dziećmi z orzeczoną niepełnosprawnością lub osobami niepełnosprawnymi,
- d) nauka w zakresie pielęgnacji / rehabilitacji i dietetyki członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad dziećmi z orzeczoną niepełnosprawnością lub osobami niepełnosprawnymi

#### 2. Beneficjenci programu

Program skierowany jest do członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad:

- dziećmi niepełnosprawnymi z orzeczeniem o niepełnosprawności, które wymagają konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji lub konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji
- osobami ze znacznym stopniem niepełnosprawności.

#### 3. Rodzaj oferowanego wsparcia

Powiat realizuje zadania z zakresu Modułu III - świadczenia specjalistycznego poradnictwa (psychologicznego oraz terapeutycznego) oraz wsparcia w zakresie nauki pielęgnacji, rehabilitacji oraz dietetyki, logopedii lub neurologopedii.

9

#### **4. Zasady skorzystania z programu:**

- a) Osoby zainteresowane skorzystaniem w/w wsparcia składają w tut. Centrum „Deklarację uczestnictwa w programie”.
- b) Po zakwalifikowaniu się do programu (w przypadku dużej liczby zgłoszeń) wymagane jest dostarczenie wypełnionej przez lekarza specjalistę „Karty oceny stanu pacjenta wg zmodyfikowanej skali Barthel” – zgodnie z symbolem przyczyny niepełnosprawności, która jest podana w orzeczeniu. Skala ma zadanie ocenić zarówno stan dziecka z orzeczeniem o niepełnosprawności i powyższymi wskazaniem, jak i osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności. Jeśli wynik tego badania wyniesie od 0-40 pkt., opieka wytchnieniowa w pierwszej kolejności powinna być przyznana opiekunowi dziecka lub osoby z niepełnosprawnością. W Polsce uzyskanie 40 pkt. lub mniej w skali Barthel oznacza zakwalifikowanie chorego do opieki długoterminowej; oznacza także, że chory wymaga stałej opieki.
- c) Zakwalifikowani uczestnicy programu korzystają bezpłatnie z indywidualny spotkań konsultacyjnych ze specjalistą.
- d) Miejsce wykonania usługi opieki wytchnieniowej wskazane jest przez realizatora Programu, oraz może odbyć się w miejscu zamieszkania uczestnika Programu.
- e) Uczestnik Programu zobowiązany jest do potwierdzenia uczestnictwa w danym spotkaniu konsultacyjnym poprzez podpisanie się na karcie uczestnika oraz na harmonogramie pracy specjalisty.

#### **5. Koszty usługi opieki wytchnieniowej**

- a) Pomoc przyznawana w postaci opieki wytchnieniowej w ramach wyznaczonych limitów jest bezpłatna.
- b) Koszt jednej godziny\* świadczenia usługi opieki wytchnieniowej w formie poradnictwa specjalistycznego (psychologicznego oraz terapeutycznego) oraz nauki w zakresie pielęgnacji, rehabilitacji, dietetyki, logopedii lub neurologopedii wynosi 40 zł.

#### **6. Limity usługi opieki wytchnieniowej**

- a) W 2019 roku ustalone są limity wsparcia opieki wytchnieniowej w ramach Programu: 240 godzin specjalistycznego poradnictwa na jednego członka rodziny.
- b) Skorzystanie ze wsparcia powyżej określonych limitów uzależnione jest od dochodu.
- c) Po wykorzystaniu limitów członek rodziny lub opiekun sprawujący bezpośrednią opiekę nad dzieckiem lub osobą niepełnosprawną, których dochód nie przekracza 350% obowiązującego od 1 października 2018 r. kryterium dochodowego określonego w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2018 r. poz. 1508 z późn. zm.), może nadal korzystać z w/w. form usług przez okres kolejnych 240 godzin za odpłatnością w wysokości 50 % kosztów realizacji tej usługi.

\*1 godzina = 50 min konsultacji

## 7. Finasowanie programu

Program finansowany jest w 80 % ze środków Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych oraz z 20 % środków własnych samorządu.

## 8. Termin realizacji programu

Program w powiecie wołomińskim realizowany jest od 02 lipca 2019 r. do 31 grudnia 2019 r.

## 9. Monitoring i ewaluacja

- a) Powiat wołomiński w ramach przyznanej usługi opieki wytechnieniowej w formie specjalistycznego poradnictwa (psychologicznego oraz terapeutycznego) oraz wsparcia w zakresie nauki pielęgnacji, rehabilitacji, dietetyki, logopedii lub neurologopedii, prowadzi ewidencję przyznaczonych godzin.
- b) Powiat przekazuje do Wojewody roczne sprawozdanie z realizacji Programu w terminie do 30 dni od dnia zakończenia realizacji zadania.

DYREKTOR  
Powiatowego Centrum Pomocy  
Rodzinie w Wołominie  
*Maciej Burakowski*

ZASTĘPCA DYREKTORA  
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie  
w Wołominie

*Agata Żędzian*

Program realizowany ze środków Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych  
i powiatu wołomińskiego



.....  
Imię i nazwisko

.....  
Adres zamieszkania

.....  
Numer telefonu kontaktowego

## DEKLARACJA

Oświadczam, iż jestem członkiem rodziny/opiekunem\* sprawującym bezpośrednią opiekę nad:  
(wstawić „x”):

[ ] dzieckiem niepełnosprawnym z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem:  
konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby  
w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji, konieczności  
stałego współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji  
i edukacji

[ ] osobą ze znacznym stopniem niepełnosprawności

**Deklaruje chęć udziału w Programie Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej  
pn. „Opieka wytchnieniowa – edycja 2019” – Moduł III w zakresie (wstawić „x”):**

[ ] specjalistycznego poradnictwa psychologicznego, w liczbie: ..... godzin

[ ] specjalistycznego poradnictwa terapeutycznego, w liczbie: ..... godzin

**jakiego?.....**

[ ] wsparcia w zakresie nauki pielęgnacji, w liczbie: ..... godzin

[ ] wsparcia w zakresie nauki rehabilitacji, w liczbie: ..... godzin

[ ] wsparcia w zakresie nauki dietetyki, w liczbie: ..... godzin

[ ] wsparcia w zakresie logopedii lub neurologopedii, w liczbie: ..... godzin

**W miesiącu.....**

wymienić nazwę miesiąca lub miesięcy

*Zgodnie z art. 13 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 (dalej: RODO), zostałem/-am poinformowany/-a, iż: Administratorem moich danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie ul. Legionów 78, 05-200 Wołomin. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych telefonicznie: +48 22 776 44 95 oraz mailowo: sekretariat@pcprwołomin.pl. Przetwarzanie moich danych osobowych odbywać się będzie wyłącznie w celu realizacji Programu Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej pn. „Opieka wytchnieniowa”- edycja 2019. Odbiorcami moich danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa. Moje dane osobowe przechowywane będą przez okres wynikający z przepisów archiwalnych. Posiadam prawo żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, chyba, że przepisy odrębne stanowią inaczej lub ich dalsze przetwarzanie, będące wynikiem złożonego wcześniej wniosku lub rozpoczęcia prowadzenia sprawy jest niezbędne z uwagi na przepisy szczegółowe. Mam prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego. Podanie danych osobowych w zakresie wymaganym ustawodawstwem jest obligatoryjne i jest warunkiem koniecznym do rozpatrzenia sprawy.*

\*niepotrzebne skreślić

.....  
Data i podpis

Program realizowany ze środków Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych  
i powiatu wołomińskiego

**Karta uczestnika programu „Opieka Wytchnieniowa – edycja 2019”**

<b>Imię i nazwisko:</b>
<b>Adres zamieszkania:</b>
<b>Telefon kontaktowy:</b>
<b>Członek rodziny/opiekunem* sprawującym bezpośrednią opiekę nad: (wstawić „x”):</b> [ ] dzieckiem niepełnosprawnym z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji, konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji [ ] osobą ze znacznym stopniem niepełnosprawności

Rodzaj oferowanej pomocy	Deklarowana liczba godzin wsparcia	Rzeczywista liczba godzin wsparcia
specjalistyczne poradnictwo psychologiczne		
specjalistyczne poradnictwo terapeutyczne:.....		
wsparcie w zakresie nauki pielęgnacji,		
wsparcie w zakresie nauki rehabilitacji,		
wsparcie w zakresie nauki dietetyki,		
wsparcie w zakresie logopedii lub neurologopedii		
<b>RAZEM:</b>		



Ministerstwo Rodziny,  
Pracy i Polityki Społecznej



Data	Opis spotkania	Zalecenia	Podpis specjalisty	Podpis uczestnika

*Program realizowany ze środków Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych  
i powiatu wołomińskiego*



## HARMONOGRAM PRACY SPECJALISTY

Imię i nazwisko specjalisty:.....

Rodzaj oferowanego wsparcia: .....

Lp.	Data	Imię i nazwisko uczestnika programu	Miejsce udzielonego wsparcia	Liczba godzin	Podpis specjalisty	Podpis uczestnika






**Razem:**

Liczba godzin .....

.....  
Podpis specjalisty

**Powyższe zestawienie godzin wykonanej usługi zostało sprawdzone i zaakceptowane.**

.....  
Data i podpis



## **KLAUZULA INFORMACYJNA DLA UCZETNIKÓW PROGRAMU „OPIEKA WYTCHNIENIOWA”**

W celu realizacji obowiązku wynikającego z art. 13 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 (zwane dalej RODO) prosimy o zapoznanie się z poniższymi informacjami

### **Administrator danych osobowych**

Administratorem Pana/i danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie, ul. Legionów 78, 05-200 Wołomin zwany dalej Administratorem Danych Osobowych.

### **Inspektor Ochrony Danych**

Administrator Danych Osobowych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych. We wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych osobowych, należy skontaktować się poprzez adres email: sekretariat@pcprwołomin.pl, pisemnie na adres siedziby Administratora Danych Osobowych lub osobiście w siedzibie Administratora Danych Osobowych.

### **Cele i podstawa prawna przetwarzania danych**

Przetwarzanie Pana/i danych osobowych odbywa się

- a) Na podstawie z art. 6 ust.1 lit. a tj. udzielonej przez Pana/i zgody na udział w programie „Opieka Wytnieniowa” Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej,
- b) Na podstawie z art. 6 ust.1 lit. c - wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze Danych Osobowych wynikających z powszechnie obowiązujących przepisów prawa tj. art. 7 ust. 5 Ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Solidarnościowym Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych (Dz. U z 2018 roku poz. 2192)

### **Odbiorcy danych osobowych**

Dostęp do Pana/i danych będzie miał Administrator Danych Osobowych oraz upoważnieni pracownicy.

Pani/a dane osobowe mogą być przekazywane następującym kategoriom odbiorców:

- a) Upoważnionym pracownikom Administratora Danych Osobowych,
- b) Powiatowemu Centrum Pomocy Rodzinie,
- c) Właściwym organom, sądom oraz instytucjom państwowym i samorządowym lub innym instytucjom wykonującym powierzone zadania publiczne, jeżeli obowiązek ujawnienia/przekazania danych wynika z obowiązujących przepisów prawa lub jest to niezbędne celem dochodzenia praw lub roszczeń Administratora Danych Osobowych

### **Przekazywanie danych poza Europejski Obszar Gospodarczy (EOG):**

Administrator Danych Osobowych nie przekazuje Pana/Pani danych do państw trzecich tj. poza terytorium EOG (obejmujący Unie Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).

### **Okres przechowywania danych**

Dane osobowe będą przechowywane przez okres trwania procesu rekrutacji lub do czasu odwołania zgody, a w przypadku wyrażenia zgody na udział w innych procesach rekrutacyjnych nie dłużej niż przez okres trzech miesięcy lub do czasu odwołania zgody na przetwarzanie danych.

g



### **Prawa osoby, której dane dotyczą**

Przysługuje Panu/i prawo żądania od Administratora danych osobowych dostępu do swoich danych osobowych, prawo do sprostowania (poprawienia), usunięcia danych jednakże z ograniczeniem tego prawa w myśl art. 17 RODO, ograniczenia przetwarzania danych (wstrzymania operacji na danych lub nieusuwania danych w zależności od złożonego wniosku), prawo do przenoszenia danych osobowych, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania państwa danych na potrzeby marketingu bezpośredniego. W celu skorzystania z powyższych praw, należy skontaktować się poprzez kanały komunikacji wskazane w pkt. Administrator danych osobowych

### **Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego**

Może Pan/i również wnieść skargę do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, w przypadku niezgodnego z przepisami prawa przetwarzania danych osobowych.

### **Zgoda**

W przypadku, gdy wykorzystywane przez nas Państwa dane nie są konieczne do realizacji obowiązku prawnego lub nie stanowi Naszego prawnie uzasadnionego interesu przysługuje Panu/i prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie, w zakresie w jakim Pana/i dane osobowe są przetwarzane na podstawie udzielonej zgody na przetwarzanie danych osobowych. Wycofanie zgody pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie Pana/i zgody przed jej wycofaniem.

### **Czy podanie danych jest obowiązkowe?**

Przetwarzanie pozyskanych od Pana/i danych opiera się na zasadzie dobrowolności, jednakże odmowa podania danych niemożliwi Panu/i udział w programie „Opieka Wytchnieniowa”

### **Zautomatyzowane podejmowanie decyzji**

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



**OŚWIADCZENIE**  
**O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**  
**przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie**

Zapoznałem(am) się z informacjami i pouczeniem zawartymi w niniejszej klauzuli.  
Przedmiotowe informacje są dla mnie zrozumiałe.

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie w celach związanych z realizacją programu „Opieka Wytchnieniowa”.**

.....  
Data i podpis osoby składającej oświadczenie

4