

**ZARZĄDZENIE NR 021.7.2025**  
**KIEROWNIKA GMINNEGO OŚRODKA POMOCY SPOŁECZNEJ W WOLI**  
**KRZYSZTOPORSKIEJ**

z dnia 15 października 2025 r.

**w sprawie wprowadzenia Regulaminu i Procedur postępowania Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej  
w Woli Krzysztoporskiej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu  
Terytorialnego - edycja 2026**

Na podstawie art. 1, art. 6 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2024 r. poz. 1848 z późn. zm.), art. 115, art. 115a ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2025 r. poz. 1214 z późn. zm.) oraz § 3 ust. 7 załącznika do uchwały Nr XL/410/18 Rady Gminy Wola Krzysztoporska z dnia 17 maja 2018 r. w sprawie nadania statutu Gminnemu Ośrodkowi Pomocy Społecznej w Woli Krzysztoporskiej (Dz. Urz. Woj. Łódzkiego z 2018 r., poz. 2983) zarządzam, co następuje:

§ 1. Ustala się Regulamin i Procedury postępowania Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Woli Krzysztoporskiej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026.

§ 2. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

**Kierownik**  
**Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej**  
**w Woli Krzysztoporskiej**  
  
**Małgorzata Walas**



**Regulamin i Procedury postępowania**  
**Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Woli Krzysztoporskiej**  
**w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa”**  
**dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2026**

**§ 1**

**Postanowienia ogólne**

1. Program „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2026, (dalej zwany Programem) jest finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego, w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny Pracy i Polityki Społecznej.
2. Niniejsze Procedury określają zasady realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2026.
3. Program „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2026 będzie realizowany na terenie Gminy Wola Krzysztoporska w okresie od 01.02.2026 r. do 31.12.2026 r.
4. Realizatorem Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2026 jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Woli Krzysztoporskiej, ul. Szkolna 6, 97- 371 Wola Krzysztoporska.
5. Podstawą prawną Programu jest art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym oraz Program „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2026 zatwierdzony i zaakceptowany przez Ministra Rodziny Pracy i Polityki Społecznej.
6. Usługi opieki wytchnieniowej będą świadczone w formie pobytu dziennego w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością.

**§ 2**

**Cele i adresaci Programu**

1. Głównym celem opieki wytchnieniowej jest odciążenie członków rodzin i opiekunów osób z niepełnosprawnościami poprzez zapewnienie im doraźnej, czasowej pomocy w formie usługi opieki wytchnieniowej, która pozwala na odpoczynek, regenerację lub załatwienie spraw życiowych, stanowiąc jednocześnie czasowe zastępstwo dla opiekuna. 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. Usługi opieki wytchnieniowej mogą służyć również okresowemu zabezpieczeniu potrzeb osoby z niepełnosprawnością w sytuacji, gdy członkowie rodzin lub opiekunowie z różnych powodów nie będą mogli wykonywać swoich obowiązków.

Celem szczegółowym Programu jest objęcie wsparciem członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobami z niepełnosprawnościami. Realizator zastrzega, że maksymalna ilość osób- uczestników do Programu nie może przekroczyć 10 osób.

2. Program będzie realizowany przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Woli Krzysztoporskiej zgodnie ze złożonym i zaakceptowanym przez Łódzki Urząd Wojewódzki w Łodzi wnioskiem Gminy Wola Krzysztoporska oraz na podstawie umowy zawartej pomiędzy Wojewodą Łódzkim a Gminą Wola Krzysztoporska.

3. Adresatami Programu są:

a. dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadającymi orzeczenie o niepełnosprawności lub

b. osoby z niepełnosprawnościami posiadające:

- orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo

- 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.

4. Realizator Programu zakłada objęcie w 2026 roku wsparciem usług opieki wytchnieniowej maksymalnie 10 osób, które na co dzień sprawują opiekę nad osobami z niepełnosprawnościami, zamieszkujących na terenie gminy Wola Krzysztoporska. W przypadku, gdy któraś z osób z przyczyn losowych zrezygnuje z uczestnika wówczas Realizator wskazuje kolejno osobę z listy rezerwowej i liczba zarówno uczestników jaki i opiekunów może się zmienić.

5. Realizator Programu zakłada zatrudnić maksymalnie 10 opiekunów z tym, że liczba ta może ulec zmianie w zależności od sytuacji. Ustala się jednak, że jeden opiekun nie może mieć pod opieką więcej niż trzy osoby z niepełnosprawnościami.

6. Uczestnik nie ponosi odpłatności za usługi opieki wytchnieniowej.

7. Limit godzin usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków Funduszu przypadających na jedną osobę z niepełnosprawnością w 2026 roku wynosi maksymalnie 240 godzin na cały okres trwania Programu.

8. Liczba godzin usług opieki wytchnieniowej może ulec zmniejszeniu z powodu braku pełnego dofinansowania Programu przez Łódzki Urząd Wojewódki w Łodzi i zostać podzielona.

### § 3

#### **Zakres podmiotowy i przedmiotowy Programu**

1. Program będzie realizowany w zakresie zapewnienia usługi opieki wytchnieniowej osobie-zwanej dalej uczestnikiem, która na co dzień zamieszkuje i zajmuje się osobą z niepełnosprawnością.
2. Usługi opieki wytchnieniowej mogą świadczyć osoby niebędące członkami rodziny uczestnika, opiekunami prawnymi uczestnika lub osobami faktycznie zamieszkującymi razem z uczestnikiem. (Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych oraz zstępnych, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę, ojczyrna oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem).
3. Realizator Programu przyznając usługi opieki wytchnieniowej w pierwszej kolejności uwzględnia potrzeby:
  - a. członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią całodobową opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, która stale przebywa w domu i nie korzysta np. z ośrodka wsparcia, z placówki pobytu całodobowego, z warsztatu terapii zajęciowej, szkoły i placówki, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2025 r. poz. 881), nie uczy się lub nie studiuje;
  - b. 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.
4. Realizator Programu, przyznając usługi opieki wytchnieniowej, bierze pod uwagę stan zdrowia i sytuację życiową uczestników Programu oraz osób z niepełnosprawnościami, będących pod opieką swoich bliskich.
5. W pierwszej kolejności opiekunem może zostać osoba wskazana przez uczestnika Programu.
6. W przypadku gdy to Realizator Programu będzie zobowiązany do wskazania opiekuna wówczas usługi opieki wytchnieniowej będą mogły być świadczone przez osoby pełnoletnie, niespokrewnione (§3 pkt 2), posiadając dokument potwierdzający uzyskane kwalifikacje w

następujących zawodach i specjalnościach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, siostra PCK, fizjoterapeuta, lub za zgodą Realizatora Programu, w innych zawodach i specjalnościach o charakterze medycznym lub opiekuńczym, a także posiadające co najmniej 6- miesięczne udokumentowane doświadczenie w udzielaniu pierwszej pomocy osobom z niepełnosprawnościami np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w formie wolontariatu.

7. Osoba wskazana przez uczestnika Programu składa do Realizatora Programu następujące dokumenty:

- informację o osobie z Krajowego Rejestru Karnego (dot. przeciwdziałania zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich)- w przypadku gdy opiekun będzie pełnił asystenturę u dzieci od 2 do 16 roku życia;
- oświadczenie potwierdzające brak pokrewieństwa między opiekunem a uczestnikiem Programu (załącznik nr 3 do Regulaminu);
- informację o przetwarzaniu danych osobowych zgodnie z art. 13 RODO (załącznik nr 2 do Regulaminu);
- oświadczenie dla celów podatkowych i ubezpieczenia ZUS do umowy zlecenia (załącznik nr 4 do Regulaminu).

8. W ramach przyznanych usług opieki wytchnieniowej prowadzona będzie miesięczna ewidencja realizacji usług opiekuna według założeń Programu zgodnie z następującymi dokumentami:

- karta realizacji usług opieki wytchnieniowej (załącznik nr 5 do Regulaminu);
- rachunek (załącznik nr 6 do Regulaminu).

9. W godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej, finansowanych ze środków Funduszu, wobec osoby z niepełnosprawnością objętej usługą opieki wytchnieniowej nie mogą być świadczone inne formy pomocy usługowej, w tym:

- a. usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;
  - b. usługi finansowane ze środków Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych;
- o ile obejmują analogiczne wsparcie, o którym mowa w ust. 17, finansowane ze środków publicznych.

10. Opiekun zobowiązany jest wypełnić w każdym miesiącu po jego przepracowaniu (nie wcześniej jednak niż ostatniego dnia miesiąca) dokumenty zawarte w §3 punkcie 8 Regulaminu do 5- go dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni do realizatora Programu.

11. Sprostowanie błędów i oczywistych omyłek zawartych w dokumentach dotyczących niniejszego Programu usług opieki wytchnieniowej dokonuje się poprzez skreślenie nieprawidłowych wyrazów i czytelne wpisanie nad lub obok skreślonego wyrazu właściwych danych, oraz wpisanie daty i złożenie czytelnego podpisu asystenta jak również uczestnika Programu lub opiekuna prawnego uczestnika.

#### § 4

#### **Nabór i uczestnictwo w Programie**

1. Osoba ubiegająca się o wsparcie w ramach Programu zobowiązana jest złożyć dokumenty w formie papierowej w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Woli Krzysztoporskiej ul. Szkolna 6, 97- 371 Wola Krzysztoporska, w godzinach urzędowania tj. od poniedziałku do piątku w godzinach 7.30- 15.30.
2. Zgłoszenie do Programu następuje poprzez złożenie następujących dokumentów:
  - orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub traktowane na równi z orzeczeniami zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych;
  - oświadczenie wskazujące wybór opiekuna zawierające dane osobowe oraz informacje dotyczące pokrewieństwa spisane na stosownym dokumencie (załącznik nr 3 do Regulaminu);
  - karty zgłoszeń do Programu (załącznik nr 1 do Regulaminu);
  - klauzuli informacyjnej (załącznik nr 2 do Regulaminu).
3. Niezbędne dokumenty zgłoszeniowe do Programu dostępne są w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Woli Krzysztoporskiej oraz na stronie Internetowej Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Woli Krzysztoporskiej i Urzędu Gminy Wola Krzysztoporska.
4. Termin rozpoczęcia i zakończenia naboru będzie ogłoszony na stronie internetowej Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej oraz Gminy Wola Krzysztoporska.
5. O zakwalifikowaniu do Programu będą decydować następujące kryteria:
  - złożona karta zgłoszenia do Programu;
  - zamieszkiwanie na terenie gminy Wola Krzysztoporska;

- kryteria zawarte w ogłoszonym Programie;
- kompletność wymaganych dokumentów;
- termin zgłoszenia (dokumenty, które zostaną dostarczone do Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej po terminie określonym w ogłoszeniu zostaną umieszczone na liście rezerwowej).

W przypadku gdy osobie z niepełnosprawnością w trakcie trwania Programu upływa termin orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, Realizator może przyznać opiekę wytchnieniową jego opiekunowi tylko do dnia ważności orzeczenia. Wówczas ilość przyznanych godzin zostaje pomniejszona proporcjonalnie do okresu trwania orzeczenia.

6. Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Woli Krzysztoporskiej jako Realizator Programu może określić limit osób- uczestników, które zostaną objęte opieką wytchnieniową, co wynika z wewnętrznych unormowań pracy Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Woli Krzysztoporskiej oraz innych dokumentów i zapisów.

7. Osoby z listy rezerwowej (która jest sporządzana na bieżąco) będą mogły wziąć udział w Programie po rezygnacji któregoś z uczestników, bądź nieprzewidzianej sytuacji losowej np. śmierci, czy innych zdarzeń losowych.

8. Osoby, które zgłosiły swoje wnioski o udział w Programie, na każdym etapie trwania Programu będą mogły wycofać się z niego złożony pisemne oświadczenie do Realizatora.

9. Warunkiem rozpoczęcia świadczenia usług opieki wytchnieniowej jest podpisanie umowy zlecenie przez Realizatora Programu (Zlecniodawcę) z opiekunem (Zleceniobiorcą).

10. Po zakończeniu naboru i podpisaniu umowy z Łódzkim Urzędem Wojewódzkim w Łodzi Realizator Programu zatrudni opiekunów w pierwszej kolejności wskazanych przez uczestników na warunkach określonych w Programie.

11. W przypadku braku wskazania opiekuna przez wnioskodawcę, nabór opiekuna nastąpi zgodnie z założeniami zawartymi w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2026.

12. Jeśli pod jednym adresem zamieszkuje więcej niż jedna osoba z niepełnosprawnością i na każdą z tych osób został złożony wniosek o przyznanie usług opieki wytchnieniowej, wówczas Realizator ma możliwość przyznania usług jednej osobie. Kluczowym w powyższym będzie zamieszkiwanie i gospodarowanie z osobami trzecimi i ich stan zdrowia.

13. Osoby którym zostaną przyznane usługi opieki wytchnieniowej zostaną poinformowane o powyższym w formie pisemnej wraz z podaniem liczby godzin, na podany w karcie zgłoszenia

adres zamieszkania.

14. Osoby, które nie zostały zakwalifikowane do Programu z różnych przyczyn zostaną poinformowane o tym pisemnie oraz zostaną wpisane na listę rezerwową.

15. W przypadku rezygnacji któregoś z uczestników Programu lub nieprzewidzianej sytuacji losowej (zgon, długotrwały pobyt w szpitalu itp.) Realizator ma prawo rozdysponować pozostałe uczestnikowi godziny i decyduje o przydziale i ilości tych godzin, po wcześniejszym uzgodnieniu z Łódzkim Urzędem Wojewódzkim w Łodzi i zaakcentowaniu przez Urząd nowego wniosku w Generatorze Funduszu Solidarnościowego.

## § 5

### **Kontrola i monitorowanie**

1. Realizator Programu w każdym czasie realizacji opieki wytchnieniowej zastrzega sobie prawo przeprowadzić kontrolę oraz monitoring prawidłowości wykonywania usług, zgodnie z celami i zasadami Programu, również niezapowiedzianie.
2. Czynności w zakresie kontroli i monitorowania dokonywane i dokumentowane będą bezpośrednio w miejscu realizacji opieki wytchnieniowej w formie pisemnej (załącznik nr 7 do Regulaminu).
3. Korzystanie z opieki wytchnieniowej oznacza jednocześnie wyrażenie zgody przez uczestnika Programu na przeprowadzenie kontroli w miejscu realizacji opieki.

## § 6

### **Prawa i obowiązki osoby ubiegającej się o przyznanie usług opieki wytchnieniowej oraz osoby z niepełnosprawnością w Programie**

1. Każdą z osób wymagającą opieki oraz opiekuna powinna łączyć profesjonalna relacja wzajemnego szacunku i zaufania.
2. Jako zachowania niedopuszczalne w trakcie realizacji opieki wytchnieniowej traktuje się:
  - spożywanie alkoholu lub innych środków psychoaktywnych oraz pozostawania pod ich wpływem;
  - stosowanie wszelkiej formy przemocy wobec opiekuna (takich jak popychanie, szarpanie, gryzienie, drapanie itp.) oraz niewłaściwe odnoszenie się;
  - inne zachowania niepozwalające na prawidłową realizację usług.
3. Osoba z niepełnosprawnością ma prawo do:

- udziału w zaplanowanych formach wsparcia;
- decydowaniu o rodzaju pomocy, z której chce skorzystać oraz sposobie jej udzielenia przez opiekuna;
- przekazywaniu uwag dotyczących sposobu realizacji i jakości świadczonych na jego rzecz usług oraz zgłaszania ich opiekunowi oraz realizatorowi Programu;
- zachowania przez opiekuna tajemnicy w zakresie danych i informacji oraz sytuacji zdrowotnej, życiowej i materialnej uczestnika, a także osób wspólnie zamieszkujących z uczestnikiem Programu;
- rezygnacji z uczestnictwa w Programie w każdej chwili jego trwania. W tej sytuacji osoba bliska zobowiązana jest złożyć pisemną rezygnację z podaniem powodu rezygnacji do realizatora Programu.

4. Osoba z niepełnosprawnością jak i osoba ubiegająca się o przyznanie usług opieki wytchnieniowej jest zobowiązana do:

- współpracy z realizatorem Programu oraz opiekunem;
- niewykorzystywania relacji z opiekunem do realizacji własnych interesów;
- do ustalenia z opiekunem terminów usług w czasie umożliwiającym ich zorganizowanie;
- umożliwienie opiekunowi wejście do mieszkania w ustalonych godzinach realizacji usługi;
- wymagania od opiekuna jedynie tych zadań, które zostały wspólnie ustalone;
- umożliwienia opiekunowi skorzystania z pomieszczeń sanitarnych;
- niezwłocznego poinformowania w formie pisemnej realizatora Programu w przypadku konieczności rezygnacji ze świadczonych usług opiekuna;
- potwierdzenia własnoręcznym podpisem na karcie realizacji usług opieki wytchnieniowej o łącznej liczbie zrealizowanych godzin usług opieki za każdy miesiąc, ( w przypadku dzieci do 16 r.ż oraz osób ubezwłasnowolnionych podpis składa opiekun prawny).

5. Niewywiązywanie się przez osobę z niepełnosprawnością jak i osobę jej bliską z obowiązków określonych w niniejszym Regulaminie, może skutkować skreśleniem uczestnictwa w Programie i rozwiązaniem umowy lub zmianie warunków umowy zawartej pomiędzy realizatorem a opiekunem na rzecz danego uczestnika.

## § 7

### **Prawa i obowiązki opiekuna w Programie**

1. Opiekun nie podejmuje decyzji za uczestnika Programu, jego celem jest wspieranie lub pomoc w realizacji osobistych celów.
2. Opiekun realizuje opiekę wyłącznie na rzecz uczestnika Programu a nie dla pozostałych członków rodziny uczestnika.
3. Niedozwolone jest spożywanie alkoholu lub innych środków psychoaktywnych oraz pozostawania pod ich wpływem w trakcie realizacji usługi przez opiekuna.
4. Opiekun w Programie jest zobowiązany do:
  - informowania o swojej nieobecności realizatora Programu oraz w pierwszej kolejności uczestnika lub osobę, której została przyznana opieka wytchnieniowa;
  - wykonywania powierzonych usług z należytą starannością;
  - kierowaniem się zasadami poufności, akceptacji, szacunku, empatii i indywidualnym podejściem do uczestnika Programu;
  - zachowania w tajemnicy wszystkich informacji jakie uzyskał w trakcie pełnienia opieki;
  - zgłoszenia realizatorowi Programu każdych zmian mających wpływ na realizację opieki wytchnieniowej oraz zgłaszania każdych niepokojących zachowań ze strony uczestnika lub jego najbliższych;
  - realizowania opieki wytchnieniowej zgodnie z Programem oraz Regulaminem.
5. Opiekun ma prawo do nieświadczenia opieki wytchnieniowej w przypadku niedyspozycji zdrowotnej czy planowanego urlopu. O zaistniałej sytuacji informuje realizatora Programu jak i uczestnika.

## § 8

### **Sposób koordynacji Programu**

1. Powyższy Program będzie koordynowany przez Kierownika Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Woli Krzysztoporskiej, a w razie jego nieobecności przez osobę przez niego wskazaną.
2. Koszty obsługi Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2026 mogą być przeznaczane na obsługę administracyjną (np.: dodatki specjalne, czy wynagrodzenie kadry administracyjnej, obsługę księgową czy merytoryczną) jak również na zakup materiałów biurowych niezbędnych do realizacji Programu czy koszty połączeń telefonicznych.

Zaznacza się, że powyższe wydatkowanie będzie zgodne z zasadą należytej staranności: celowe, rzetelne, racjonalne i oszczędne, zgodne z obowiązującymi przepisami prawa, w sposób, który zapewni prawidłową i terminową realizację Zadania oraz osiągnięcie celów określonych w umowie oraz Programie.

## § 9

### Postanowienia końcowe

1. Niniejszy Regulamin wchodzi w życie z dniem podpisania i obowiązuje przez cały czas trwania Programu.
2. Realizator Programu zastrzega sobie prawo do zmiany Regulaminu w każdym czasie. Wszelkie zmiany Regulaminu wymagają formy pisemnej.
3. W sprawach nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie zastosowanie mają zapisy Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2026.
4. W kwestiach nie ujętych w zapisach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2026 oraz Regulaminie rozstrzygnięcie podejmuje Realizator Programu.

### ZAŁĄCZNIKI DO REGULAMINU:

1. Karta zgłoszenia do Programu;
2. Klauzula informacyjna;
3. Oświadczenie;
4. Oświadczenie do celów podatkowych i ubezpieczenia ZUS do Umowy Zlecenie;
5. Karta realizacji usług opieki wytchnieniowej;
6. Rachunek do Umowy Zlecenie;
7. Protokół z wykonywania czynności opieki wytchnieniowej;
8. Umowa Zlecenie;
9. Klauzula informacyjna Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej dla pracowników;
10. Upoważnienie do przetwarzania danych osobowych.

Kierownik  
Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej  
w Woli Krzysztoporskiej  
Małgorzata Walas



**Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu  
Terytorialnego – edycja 2026**

**I. Dane osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wychnieniowej  
(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 wychnieniowej:**

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),

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.



## KLAUZULA INFORMACYJNA

### Program „Opieka wychnieniowa” 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, z późn. zm.), zwanego dalej „RODO”, informujemy, że:

- 1 Administratorem danych osobowych jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Woli Krzysztoporskiej, ul. Szkolna 6, 97-371 Wola Krzysztoporska, tel. 44 616 32 84, e-mail: gops@wola-krzysztoporska.pl
- 2 Inspektorem Ochrony Danych jest Pan Marcin Tynda, tel.: 504 112 162, e-mail: iod@efigo.pl.
- 3 Celem przetwarzania danych osobowych jest realizacja Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wychnieniowa” 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 i Polityki Społecznej „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.
- 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 wniosek.
- 6 Źródłem pochodzenia danych osobowych mogą być wnioskodawcy, tj. osoby niepełnosprawne, rodzice i opiekunowie osób niepełnosprawnych oraz osoby zatrudnione/świadczące/realizujące

usługi asystenta.

- 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 Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Woli Krzysztoporskiej, w szczególności dane osób świadczących/realizujących usługi opiekuna na rzecz uczestników Programu lub opiekunów prawnych mogą być udostępniane Ministrowi Rodziny i Polityki Społecznej oraz innym podmiotom uczestniczącym w Programie 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).  
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 wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 lub realizacji Programu jest dobrowolne, jednak niezbędne do wzięcia udziału w Programie.
- 10 Decyzje dotyczące Pana/Pani nie są podejmowane w sposób zautomatyzowany.
- 11 Pana/Pani dane osobowe nie są profilowane.







## OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY

I. Dane osobowe do celów podatkowych, ubezpieczeniowych i ewidencyjnych:

1. Nazwisko .....
2. Imię pierwsze ..... 3. Imię drugie .....
4. Imię ojca ..... 5. Imię matki .....
6. Nazwisko rodowe ..... 7. Obywatelstwo .....
8. Data urodzenia ..... 9. Miejsce urodzenia .....
11. Właściwy identyfikator podatkowy PESEL\* .....
12. Adres zamieszkania
  - a. Miejscowość ..... b) Kod pocztowy ..... c) Poczta .....
  - d) Ulica ..... e) Nr domu ..... f) Nr lokalu .....
  - g) Gmina ..... h) Powiat .....
  - i) Województwo .....
13. Właściwy Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia .....

II. Oświadczam, że wyrażam, nie wyrażam\* zgodę na potrącanie dobrowolnych składek społecznych (emerytalnej, rentowej, chorobowej).

IV. Jestem:

- a. pracownikiem tutejszego zakładu pracy,
- b. emerytem (rencistą), nigdzie nie zatrudnionym/zatrudnionym\*,
- c. bezrobotnym, nigdzie nie zatrudnionym,
- d. właścicielem (wspólnikiem) ..... ubezpieczonym w ZUS  
od .....  
(nazwa firmy, rodzaj działalności)
- e. uczniem lub studentem i nie ukończyłem 26 lat .....  
(nazwa szkoły, uczelni)
- f. zatrudniony w .....  
(nazwa zakładu pracy)
- g. moje wynagrodzenie ze stosunku pracy w kwocie brutto wynosi: **co najmniej minimalne wynagrodzenie, mniej niż minimalne wynagrodzenie\***,
- h. posiadam orzeczenie o niepełnosprawności (podać stopień) .....
- i. ubezpieczona/y (ubezpieczenie emerytalne i rentowe) jako osoba wykonująca pracę nakładczą; umowę zlecenie lub agencyjną.



14. Urząd Skarbowy w .....

Oświadczenie niniejsze składam płatnikowi składek w celu ustalenia obowiązku ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych.

Jednocześnie zobowiązuję się do poinformowania pracodawcy o wszystkich zmianach mających wpływ na treść powyższego oświadczenia niezwłocznie po ich wystąpieniu.

Odpowiedzialność karna za podanie danych niezgodnych z prawdą jest mi znana.

.....

(miejscowość)

.....

(data)

.....

(podpis)

\* niewłaściwe skreślić

## Karta realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026

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

Imię i nazwisko: .....

Adres zamieszkania: .....

Telefon: .....

E-mail: .....

**ii. 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: .....

**iii. 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: .....

(Uwaga: Kartę realizacji usług należy uzupełniać na bieżąco)



Lp.	Data realizacji opieki wychowawczej	Miejsce realizacji opieki wychowawczej	Godziny/doby realizacji opieki wychowawczej	Liczba godzin/dób świadczonej opieki wychowawczej	Potwierdzenie realizacji usługi opieki wychowawczej przez osobę bądź placówkę, która ją realizowała	Podpis osoby objętej opieką wychowawczą: członek rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

7.							
8.							
9.							
10.							

4. Łączna liczba godzin/dób świadczonej usługi opieki wychwaniowej w formie:

- 1) dziennej wynosi.....godzin;
- 2) całodobowej wynosi.....dób.

5. Potwierdzam zgodność karty realizacji usług opieki wychwaniowej w ramach Programu „Opieka wychwaniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026:

.....

*Data i podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością*

6. Potwierdzam zgodność karty realizacji usług opieki wychwaniowej w ramach Programu „Opieka wychwaniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026:



.....  
*Data i podpis osoby reprezentującej realizatora Programu*

\* Należy podkreślić realizowaną formę usług.

Załącznik nr 5 do Regulaminu:  
*Karta realizacji usług opieki wychowawczej*  
w ramach Programu „Opieka wychowawcza” dla  
Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2026



Wola Krzysztoporska dn.

Dane Zleceniobiorcy

.....  
.....  
.....

**RACHUNEK .../2026**  
**do Umowy Zlecenie GOPS.UM.OW.450.....2026 z dnia .....**

**Nabywca:**

GMINA Wola Krzysztoporska  
ul. Kościuszki 5  
97-371 Wola Krzysztoporska  
NIP: 771 10 29 208

**Odbiorca:**

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej  
ul. Szkolna 6  
97-371 Wola Krzysztoporska  
NIP: 771 25 27 055

Za świadczenie usług opieki wytchnieniowej u .....

w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2026.

Ilość przepracowanych godzin w miesiącu ..... wynosi .....

Kwotę wynagrodzenia opiekuna za zrealizowaną usługę wynosi ..... brutto  
(słownie .....)

wraz z kosztami pracy zatrudniającego. \*

Należność za wykonaną usługę proszę przelać na konto o numerze :

.....

.....  
(podpis Zleceniobiorcy)

\* Przez koszty zatrudniającego należy rozumieć sumę wynagrodzeń (brutto) oraz składek na ubezpieczenia społeczne, PPK, Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz ZFŚS, poniesionych przez zatrudniającego.

Potwierdzam wykonanie usługi

.....  
(podpis Zleceniodawcy)









**UMOWA - ZLECENIE**  
**Nr GOPS. UM. OW. 450....2026**

**zawarta w dniu .....**

**na świadczenie usług opieki wytchnieniowej**  
**w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego-**  
**edycja 2026**

pomiędzy Gminą Wola Krzysztoporska, ul. Kościuszki 5, 97-371 Wola Krzysztoporska, NIP 771-10-29-208 REGON 590647902 w imieniu i na rzecz, której działa **Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Woli Krzysztoporskiej**, ul. Szkolna 6, NIP 771-25-27-055 reprezentowany przez **Panią Małgorzatę Walas – Kierownika Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Woli Krzysztoporskiej** działającej na podstawie pełnomocnictwa ROK.077.89.2021 z dnia 08.07.2021r. zwaną w dalszej części umowy „**Zleceniodawcą**”, a ..... zwaną dalej „**Zleceniobiorcą**”.

**§ 1**

**Przedmiot umowy**

- Zleceniodawca oświadcza, że niniejsza umowa finansowana jest ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2026 i zostaje zawarta w ramach realizacji tego Programu.**
- Zleceniodawca zleca, a Zleceniobiorca przyjmuje do wykonania prace związane ze świadczeniem usług na rzecz osób z niepełnosprawnościami, zgodnie z kartą zgłoszeniową do Programu, przez uczestnika. Do obowiązków Zleceniobiorcy należy:
  - wsparcie członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról społecznych;
  - wsparcie osoby z niepełnosprawnością w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej;
  - wsparcie osoby z niepełnosprawnością w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania (o ile to konieczne);
  - wsparcie osoby z niepełnosprawnością w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem;
  - inne działania wspierające opiekunów i osoby z niepełnosprawnością zawarte w Programie.

3. Strony zgodnie ustalają, że usługi objęte umową będą realizowane wg harmonogramu ustalonego na dany miesiąc, przedłożonego do GOPS, najpóźniej do 20 dnia miesiąca poprzedzającego wykonanie usługi (zaznacza się, że pierwszy harmonogram może zostać dostarczony do Realizatora w dniu podpisania umowy). Usługi mogą być świadczone przez jednego opiekuna 7 dni w tygodniu, przy czym przez tego samego opiekuna maksymalnie do 12 godzin na dobę w formie dziennej, w godzinach pomiędzy 6:00-22:00. Przez dobę należy rozumieć 24 kolejne godziny, poczynając od godziny, w której Zleceniobiorca rozpoczyna realizację usługi wychnieniowej. Do czasu realizacji usługi wychnieniowej nie wlicza się czasu dojazdu do i od uczestnika i osoby z niepełnosprawnością.

## § 2

### Czas i miejsce wykonywania umowy

1. Umowa zostaje zawarta na okres od .....2026 roku do.....2026 roku.
2. Świadczone usługi będą się odbywały w miejscu wskazanym przez osobę wymagającą opieki lub osobę jej bliską (opiekuna, rodzica, współmałżonka, osobę wspólnie zamieszkującą).

## § 3

### Wynagrodzenie za wykonane zlecenie

1. Zleceniodawca będzie wypłacał Zleceniobiorcy comiesięczne wynagrodzenie w kwocie odpowiadającej iloczynowi godzin świadczenia usług według stawki godziny zegarowej w wysokości **55,00 zł brutto** (słownie pięćdziesiąt pięć złotych 00/100 gr) wraz z kosztami pracy zatrudniającego.
2. Przez koszty pracy zatrudniającego należy rozumieć sumę wynagrodzeń (brutto) oraz składek na ubezpieczenia społeczne, PPK, Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz ZFŚS, poniesionych przez Zleceniodawcę.
3. Szacunkowa wartość umowy wynosi **4.785,00 zł** (słownie cztery tysiące siedemset osiemdziesiąt pięć złotych 00/100 gr) jednakże może ona ulec zmniejszeniu lub zwiększeniu.
4. Należność za usługę zrealizowaną wypłacana będzie przez realizatora Programu, na podstawie przedłożonej do **5-tego dnia każdego miesiąca** za miesiąc poprzedni, Karty realizacji usług opieki wychnieniowej w ramach Programu „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2026 (której wzór stanowi załącznik nr 5 do Regulaminu) wraz z rachunkiem za wykonaną usługę.
5. Wynagrodzenie opiekuna za świadczone usługi płacone będzie w terminie 14 dni od daty dostarczenia przez Zleceniobiorcę prawidłowo wypełnionych dokumentów:
  - a) karty realizacji usług opieki wychnieniowej w ramach Programu „Opieka wychnieniowa” podpisanej przez uczestnika Programu (wzór stanowi załącznik nr 5 do Regulaminu),
  - b) rachunku za wykonaną usługę (wzór stanowi załącznik nr 6 do Regulaminu).
6. Maksymalna liczba godzin do zrealizowania do dnia 31.12.2026 roku u osoby z niepełnosprawnością

..... nie może przekroczyć..... **godzin** z zastrzeżeniem, że maksymalna liczba godzin od miesiąca ..... 2026 roku do ..... 2026 roku nie może przekraczać ..... **godzin** miesięcznie.

7. Od dnia podpisania umowy, zgodnie ze złożonym przez Zleceniobiorcę oświadczeniem (wzór stanowi załącznik nr 4 do Regulaminu). Zleceniobiorca będzie podlegał stosownemu ubezpieczeniu.

8. Zleceniodawca zastrzega sobie możliwość późniejszego rozliczenia się ze Zleceniobiorcą z niezależnych przyczyn po stronie Zleceniodawcy w sytuacji braku środków finansowych przekazywanych przez Wojewodę Łódzkiego. Zleceniobiorca nie będzie z tego tytułu naliczał odsetek.

#### § 4

##### Ogólne postanowienia umowy

1. W przypadku nienależytego lub nieterminowego wykonania zlecenia, Zleceniodawca ma prawo odmowy wypłaty całości lub części wynagrodzenia, o którym mowa w § 3 ust 1.

2. Zleceniobiorca może realizować w tym samym czasie usługi na rzecz tylko jednego uczestnika Programu.

3. Zleceniobiorca nie może bez uprzedniej pisemnej zgody Zleceniodawcy zmienić uzgodnionego wcześniej sposobu wykonania umowy, czy też przekazać wykonania umowy osobie trzeciej pod rygorem natychmiastowego rozwiązania umowy.

4. Zleceniodawca nadzoruje i akceptuje wykonane przez Zleceniobiorcę zadania, zgodnie z usługą Opieki Wytchnieniowej.

5. Zleceniodawca nie odpowiada za szkody wyrządzone przez Zleceniobiorcę osobom trzecim, w tym również w zakresie ewentualnych szkód komunikacyjnych związanych z faktem przewożenia uczestnika przez Zleceniobiorcę prywatnym pojazdem Zleceniobiorcy.

6. Umowa może zostać rozwiązana przez Zleceniodawcę ze skutkiem natychmiastowym z ważnych powodów w tym w szczególności, w przypadku:

- nienależytego wykonywania przedmiotu niniejszej umowy,
- wszczęcia przeciwko Zleceniobiorcy postępowania karnego, mającego związek z realizacją niniejszej umowy,
- odmowy poddania się przez Zleceniobiorcę kontroli ze strony Realizatora,
- rażącego naruszenia prawa lub zasad etyki zawodowej godzącej w dobra uczestnika i osoby z niepełnosprawnością,
- rozwiązania umowy o dofinansowanie Programu.

7. Zleceniobiorca może rozwiązać umowę z dwutygodniowym pisemnym wypowiedzeniem.

## § 5

### **Klauzula poufności**

1. Zleceniobiorca nie może zarówno w czasie trwania umowy, jak i po jej ustaniu ujawnić żadnych informacji pozyskanych w związku z wykonywaniem umowy w zakresie określonym stosownymi przepisami prawa.
2. W Przypadku naruszenia niniejszej umowy Zleceniobiorca zobowiązany jest do zapłaty kary umownej w wysokości 20% wynagrodzenia brutto wynikającego z umowy o którym mowa w § 3 ust. 3.

## § 6

### **Ogólne postanowienia umowy**

1. Do spraw nieuregulowanych w umowie zastosowanie mają przepisy Kodeksu Cywilnego.
2. Ewentualne spory wynikające z realizacji niniejszej umowy będą rozstrzygane przez sąd właściwy miejscowy dla Zleceniodawcy.
3. Zmiany umowy oraz wszelkie oświadczenia Stron wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
4. Załącznik nr 1 do Zarządzenia nr 021.7.2025 Kierownika Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Woli Krzysztoporskiej z dnia 15.10.2025 stanowi również załącznik do niniejszej umowy.
5. Umowa zostaje sporządzona w czterech jednobrzmiących egzemplarzach, z czego trzy egzemplarze dla Zleceniodawcy a jeden dla Zleceniobiorcy.

Zleceniodawca

Zleceniobiorca

.....

.....

Kontrasygndata Skarbnika Gminy

.....

## **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](mailto: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 wychowawcza” 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 wychowawcza” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026.



Upoważnienie Nr .....  
do przetwarzania danych osobowych

Z dniem ..... r., na podstawie art. 29 w związku z art. 28 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) (RODO), upoważniam ..... do przetwarzania danych osobowych w zakresie Programu „Opieka wychowawcza” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2026. Upoważnienie wygasa z chwilą ustania Pana/ Pani stosunku prawnego łączącego Pana/ Panią z Gminnym Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Woli Krzysztoporskiej oraz Urzędem Gminy w Woli Krzysztoporskiej.

.....  
Czytelny podpis osoby upoważnionej  
do wydawania i odwoływania upoważnień

Upoważnienie otrzymałem/am

.....  
Miejscowość, data, podpis

Oświadczam, że zapoznałem/am się z przepisami powszechnie obowiązującymi dotyczącymi ochrony danych osobowych w tym RODO, a także z obowiązującym w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Woli Krzysztoporskiej opisem technicznych i organizacyjnych środków zapewniających ochronę i bezpieczeństwo przetwarzania danych osobowych i zobowiązuję się do przestrzegania zasad przetwarzania danych osobowych określonych w tych dokumentach.

Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy przetwarzanych danych osobowych, z którymi zapoznałem/ am się oraz sposobów ich zabezpieczenia, zarówno w okresie trwania umowy jak również po ustaniu stosunku prawnego łączącego mnie z Gminnym Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Woli Krzysztoporskiej i Urzędem Gminy w Woli Krzysztoporskiej.

.....  
Czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

