

**Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia usługi opieki wytchnieniowej.**

1. **Przedmiotem zamówienia jest:** świadczenie usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego, w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością tj. bezpośredniej opieki nad dziećmi do ukończenia 16. roku życia posiadającymi orzeczenie o niepełnosprawności, osobami dorosłymi, których niepełnosprawność związana jest z szerokim spektrum problemów zdrowotnych prowadzących do znacznego ograniczenia samodzielności, zamieszkałymi na terenie Gminy Ostrowiec Świętokrzyski realizowanych na podstawie Programu Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024, finansowanego z Funduszu Solidarnościowego przyjętego do realizacji Uchwałą Nr LXXXVIII/149/2023 Rady Miasta Ostrowca Świętokrzyskiego z dnia 28 grudnia 2023 r., w sprawie realizacji przez Gminę Ostrowiec Świętokrzyski Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024. Usługi świadczone będą w okresie **od 04.03.2024 r. do dnia 31.12.2024 r., w każdy dzień tygodnia, w tym w święta od godziny 6:00 do godziny 22:00** w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością.

Maksymalna długość świadczenia usługi nieprzerwanego pobytu dziennego dla jednej osoby z niepełnosprawnością wynosi 12 godzin w ciągu doby w godzinach: od godziny 6:00 do godziny 22:00.

Za jedną godzinę świadczenia usługi dla Uczestnika Programu przyjmuje się czas 60 minut.

Limit usług opieki wytchnieniowej przypadających na jedną osobę z niepełnosprawnością wynosi nie więcej niż 240 godzin w ramach pobytu dziennego. Limit ten dotyczy godzin usług opieki wytchnieniowej świadczonych w ramach **wszystkich** programów Ministra w zakresie usług opieki wytchnieniowej. Limit ten dotyczy również: członka rodziny osoby z niepełnosprawnością lub opiekuna osoby z niepełnosprawnością sprawującego bezpośrednią opiekę nad więcej niż jedną osobą z niepełnosprawnością, więcej niż jednego członka rodziny osoby z niepełnosprawnością lub więcej niż jednego opiekuna osoby z niepełnosprawnością sprawujących bezpośrednią opiekę nad więcej niż jedną osobą z niepełnosprawnością.

Zgodnie z Programem „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024, koszty związane z realizacją usług opieki wytchnieniowej finansowane z Programu w ramach pobytu dziennego, nie mogą przekroczyć kwoty 50,00 zł brutto za godzinę realizacji usług opieki wytchnieniowej.

Przez kwotę brutto rozumie się kwotę wynagrodzenia wraz z kosztami pracy. Przez koszty pracy

zatrudniającego należy rozumieć sumę wynagrodzeń brutto oraz składek na ubezpieczenia społeczne, Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych poniesionych przez zatrudniającego. Nie jest dopuszczalne pokrywanie przez Wykonawcę z tej kwoty kosztów administracyjnych związanych z realizacją przez Niego usługi.

Wynagrodzenie Wykonawcy za jedną godzinę usługi opieki wytchnieniowej, poza kosztem jednej godziny zegarowej wynagrodzenia opiekuna, obejmujące koszty obsługi księgowej, kadrowej lub administracyjnej nie może przekroczyć 2% brutto stawki wynagrodzenia opiekuna wraz z kosztami pracy.

W przypadku realizacji usług opieki wytchnieniowej dla więcej niż jednej osoby z niepełnosprawnością kwota dofinansowania przysługuje na drugą i kolejną osobę z niepełnosprawnością w wysokości do 50% kwoty za jedną godzinę wynagrodzenia. Wykonawca zobowiązany jest realizować usługę zgodnie z Programem Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024.

2. Przewidywana liczba godzin usług do wykonania w okresie: **od 04.03.2024 r. do 31.12.2024 r. dla:**

- osób z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności oraz z orzeczeniami traktowanymi na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, – **9 124,1 godzin,**
- nad dziećmi do ukończenia 16. roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności – **1 983,5 godzin.**

**Łączna przewidywana liczba godzin wynosi: 11 107,6 godzin**

3. Zamawiający zastrzega sobie możliwość:

- 1) zrealizowania mniejszej ilości godzin z przyczyn od niego niezależnych (np. zmniejszenie ilości osób korzystających z usługi opieki wytchnieniowej)
- 2) przesunięcia ilości godzin między poszczególnymi grupami osób z niepełnosprawnościami, pod warunkiem, iż przesunięcia te nie przekroczą maksymalnej kwoty wynagrodzenia ustalonego w umowie,
- 3) ograniczenia zamówienia do 50% wielkości zamówienia,
- 4) ograniczenia wynagrodzenia (zamówienia), w przypadku gdy uczestnik Programu, skorzysta z możliwości wskazania osoby, która będzie świadczyć dla niego usługę opieki wytchnieniowej.

4. Rodzaj, zakres godzinowy, zakres wsparcia (załącznik nr 1 do opisu przedmiotu zamówienia),

będzie indywidualnie ustalany dla każdej osoby z niepełnosprawnością z uwzględnieniem m.in. stopnia, rodzaju niepełnosprawności osoby z niepełnosprawnością, nad którą uczestnik Programu sprawuje opiekę.

5. Usługi przyznawane będą decyzją administracyjną wydaną przez MOPS. Zamawiający niezwłocznie będzie przekazywać Wykonawcy drogą elektroniczną z adresu/ów e-mail: mcichonska@mopsostrowiec.pl, jbakalarska@mopsostrowiec.pl, eruszkiewicz@mopsostrowiec.pl, bzapalska@mopsostrowiec.pl biuro@mopsostrowiec.pl, na adres poczty elektronicznej Wykonawcy ..... jeden egzemplarz skanu decyzji w formacie pdf wraz z Kartą zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024 (załącznik nr 4 do opisu przedmiotu zamówienia), zakresem wsparcia ustalonym z Uczestnikiem Programu. Przesyłane pliki będą zabezpieczone hasłem, które będzie przekazywane drogą telefoniczną.

**W przypadku zmiany adresu e-mail do korespondencji nie będzie wymagany aneks.**

Wykonawca zobowiązany będzie wykonać przedmiot umowy zgodnie z ustalonym w decyzji administracyjnej wymiarem i zakresem czynności. W sytuacjach pilnych i braku możliwości przesłania decyzji wraz z kartą zgłoszenia i zakresu wsparcia, dane osobowe i adresowe osoby z niepełnosprawnością oraz wymiar i zakres usług zostaną przekazane telefonicznie. W uzasadnionych przypadkach może nastąpić zmiana ilości godzin świadczonych usług u osoby z niepełnosprawnością na inną niż w decyzji. Potwierdzeniem powyższego faktu będzie wydana decyzja zmieniająca, którą otrzyma Wykonawca. W przypadku zmiany zakresu czynności ustalonego z osobą z niepełnosprawnością, z uwagi na zmianę wymiaru usług, Zamawiający niezwłocznie przekaże telefonicznie bądź w inny sposób, aktualny zakres.

W przypadkach nagłych, Wykonawca może świadczyć usługi opieki wytchnieniowej przed otrzymaniem decyzji, lecz po uprzednim uzgodnieniu tej możliwości z MOPS telefonicznie, bądź w inny sposób.

6. Zamawiający informuje, że niniejsze **postępowanie jest prowadzone z zastosowaniem tzw. klauzul społecznych**. W związku z tym, przy dokonywaniu oceny ofert Zamawiający będzie brał pod uwagę zatrudnienie na podstawie umowy o pracę przez Wykonawcę co najmniej **1 osobę bezrobotną**, co oznacza osobę spełniającą przesłanki art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2023 r. poz. 735 z późn. zm.). Sposób oceny wpływu posiadania statusu bezrobotnego na ocenę oferty zawarty jest w rozdziale XX SWZ dotyczącym kryteriów oceny ofert. Wykonawca, który będzie chciał skorzystać

z preferencji przy ocenie ofert z uwagi na zatrudnienie na podstawie umowy o pracę osób posiadających status bezrobotnego zobowiązany jest złożyć stosowne oświadczenie w Formularzu ofertowym stanowiącym – załącznik nr 1 do ogłoszenia.

Zatrudnienie powinno obejmować okres realizacji umowy, a osoba ta powinna bezpośrednio uczestniczyć w realizacji umowy. Zatrudnienie osoby bezrobotnej realizującej zamówienie nie powinno nastąpić później niż 30 dni od dnia podpisania umowy przez strony.

Wykonawca w ciągu 5 dni od dnia zatrudnienia, zawiadamia Zamawiającego o zatrudnieniu osoby bezrobotnej przedstawiając:

- 1) odpis skierowania bezrobotnego do pracodawcy wystawionego przez urząd pracy,
- 2) decyzje o utracie statusu bezrobotnego,
- 3) oświadczenia Wykonawcy/Podwykonawcy o zatrudnieniu osoby bezrobotnej, której dotyczy wezwanie Zamawiającego. Oświadczenie to powinno zawierać w szczególności dokładne określenie podmiotu składającego oświadczenie, datę złożenia oświadczenia, wskazanie że objęte wezwaniem czynności wykonują osoby bezrobotne wraz ze wskazaniem liczby tych osób, umowy oraz podpis osoby uprawnionej do złożenia oświadczenia w imieniu Wykonawcy,
- 4) poświadczoną za zgodność z oryginałem odpowiednio przez Wykonawcę/Podwykonawcę kopię umowy o pracę osoby bezrobotnej wykonującej w trakcie realizacji umowy czynności, których dotyczy w/w oświadczenie Wykonawcy (wraz z dokumentem regulującym zakres obowiązków, jeżeli został sporządzony). Dokumenty potwierdzające zatrudnienie powinny zostać zanonimizowane w sposób zapewniający ochronę danych osobowych pracowników zgodnie z art. 13 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.U. UE L119 z 04 maja 2016 r., str.1 oraz Dz. Urz. UE.L Nr 17 z 23.05.2018 str. 2) zwanym dalej „RODO”. Informacje takie jak imię, nazwisko zatrudnionego, data zawarcia umowy, rodzaj umowy o pracę, stanowisko lub rodzaj wykonywanych czynności powinny być możliwe do zidentyfikowania,
- 5) zaświadczenie właściwego oddziału ZUS, potwierdzającego opłacanie przez Wykonawcę składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne z tytułu zawarcia umowy o pracę z bezrobotnym za ostatni okres rozliczeniowy lub poświadczoną za zgodność z oryginałem przez Wykonawcę kopię dowodu potwierdzającego zgłoszenie pracownika przez pracodawcę do ubezpieczeń, zanonimizowaną w sposób zapewniający ochronę danych

osobowych pracowników zgodnie z RODO. Imię i nazwisko pracownika nie podlega anonimizacji.

W przypadku rozwiązania umowy o pracę przez osobę bezrobotną lub przez pracodawcę przed zakończeniem tego okresu Wykonawca jest zobowiązany do zatrudnienia, w terminie 30 dni licząc od dnia rozwiązania stosunku pracy, na to miejsce innej osoby bezrobotnej.

Zasady dotyczące przedłożenia dokumentacji poświadczającej zatrudnienie osoby bezrobotnej stosuje się także do następnej osoby zatrudnianej.

W przypadku braku możliwości zatrudnienia osoby bezrobotnej z przyczyn niezależnych od Wykonawcy w w/w terminie, tj. 30 dni od dnia zawarcia umowy i gdy Wykonawca wykaże, że przedstawił zgłoszenie ofert pracy Powiatowemu Urzędowi Pracy albo odpowiedniemu organowi zajmującemu się realizacją zadań z zakresu rynku pracy w państwie, w którym ten Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania (w szczególności wobec braku na obszarze, w którym jest realizowane zamówienie i w okresie jego realizacji, osób bezrobotnych zdolnych do wykonania zamówienia lub odmowy podjęcia pracy przez taką osobę bezrobotną) Wykonawca jest zobowiązany do podejmowania prób mających na celu zatrudnienie osoby bezrobotnej.

Na każdym etapie realizacji umowy Zamawiający uprawniony jest do wykonywania czynności kontrolnych wobec Wykonawcy odnośnie spełniania przez Wykonawcę wymogu zatrudnienia osoby bezrobotnej. Zamawiający uprawniony jest w szczególności do:

- a) żądania oświadczeń i dokumentów wskazanych poniżej w zakresie potwierdzenia zatrudnienia osoby bezrobotnej lub faktu jej uczestnictwa przy realizacji umowy,
- b) żądania wyjaśnień w przypadku wątpliwości w zakresie potwierdzenia spełnienia w/w wymogów,
- c) przeprowadzenia kontroli w miejscu wykonywania świadczenia.

W przypadku nie zatrudnienia na podstawie umowy o pracę przy realizacji umowy osoby bezrobotnej przez okres realizacji umowy w wyznaczonych powyżej terminach (dotyczy Wykonawców, którzy chcieli skorzystać z preferencji przy ocenie ofert z uwagi na zatrudnienie osób posiadających status bezrobotnego i złożyli stosowne oświadczenie w Formularzu ofertowym, stanowiącym – załącznik nr 1 do ogłoszenia), Zamawiający przewiduje sankcje w postaci obowiązku zapłaty przez Wykonawcę kary umownej w wysokości iloczynu kwoty minimalnego wynagrodzenia ustalonego dla pracowników zgodnie z obowiązującymi przepisami z uwzględnieniem wysokości etatu jaki został wskazany przez Wykonawcę w ofercie oraz liczby miesięcy w okresie realizacji zamówienia, w czasie których w/w obowiązek nie był

realizowany, chyba, że Wykonawca wykaże, że przedstawił zgłoszenie ofert pracy powiatowemu urzędowi pracy albo odpowiedniemu organowi zajmującemu się realizacją zadań z zakresu rynku pracy w państwie, w którym ten Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania, a niezatrudnienie osób bezrobotnych nastąpiło z przyczyn niezależnych po jego stronie. Za przyczynę nieleżącą po stronie Wykonawcy będzie uznany w szczególności brak na obszarze, w którym jest realizowane zamówienie i w okresie jego realizacji, osób bezrobotnych zdolnych do wykonania zamówienia lub odmowy podjęcia pracy przez taką osobę bezrobotną.

Niezłożenie przez Wykonawcę w wyznaczonym przez Zamawiającego terminie żądanych przez Zamawiającego dowodów w celu potwierdzenia spełnienia przez Wykonawcę wymogu zatrudnienia wymaganej przez Zamawiającego osoby traktowane będzie jako niespełnienie przez Wykonawcę tego wymogu.

Za zatrudnienie osoby zarejestrowanej we właściwym urzędzie pracy jako osoby bezrobotnej nie uważa się zatrudnienie przez Wykonawcę osoby uprzednio przez niego zwolnionej, jeżeli w/w zwolnienie nastąpiło w okresie 1 miesiąca poprzedzającego zawarcie umowy na realizację zamówienia.

**Zatrudnienie osoby bezrobotnej jak wskazano powyżej swoim zakresem musi obejmować cały okres przedmiotu umowy w wymiarze minimum ½ etatu (min. 4 godzin na dobę).**

Wymagania dotyczące zatrudnienia zostały określone w § 13 wzoru umowy.

#### **7. Wykonawca zobowiązany jest do:**

- 1) **dokonania kontaktu** (osobistego, telefonicznego) z Uczestnikiem Programu, niezwłocznie po otrzymaniu „Karty zgłoszenia” w celu ustalenia dziennego i godzinowego wymiaru świadczonej usługi z uwzględnieniem stopnia i rodzaju niepełnosprawności osoby z niepełnosprawnością. Wykonawca ma obowiązek wpisać ustalony wymiar godzin do „Karty zgłoszenia”,
- 2) **przekazywania comiesięcznego harmonogramu** pracy opiekunek u poszczególnych osób z niepełnosprawnością ze wskazaniem godziny świadczenia usługi, nie później niż do 2 - go dnia roboczego następnego miesiąca oraz w przypadku zmiany wymiaru godzin u danej osoby z niepełnosprawnością,
- 3) **niezwłocznego każdorazowego** (w ciągu dwóch godzin), informowania Zamawiającego o wstrzymaniu usług opieki wytchnieniowej u osoby z niepełnosprawnością, z powodu hospitalizacji, pobytu na turnusie rehabilitacyjnym, zgonu lub innych zdarzeń. W przypadku wstrzymania świadczenia usługi opieki wytchnieniowej, Wykonawca nie może żądać zapłaty za ten okres. W przypadku czasowego opuszczenia miejsca zamieszkania przez osobę z

niepełnosprawnością, Wykonawca zobowiązany jest do monitorowania jego sytuacji, aż do chwili jego powrotu do miejsca zamieszkania, celem wznowienia usługi. Wykonawca ma obowiązek przekazać informację Zamawiającemu o wznowieniu usług opieki wytchnieniowej, najpóźniej w dniu jej wznowienia,

- 4) **poinformowania** Zamawiającego o zbliżającym się terminie wykorzystania limitu godzin na miesiąc przed planowanym terminem zakończenia świadczonych usług opieki wytchnieniowej,
- 5) **indywidualnego ustalania** z Uczestnikami Programu zmiany wymiaru dziennego i godzinowego świadczenia usług opieki wytchnieniowej, na podstawie pisemnego wniosku Uczestnika Programu,
- 6) **każdorazowego informowania** (również w przypadku zmiany opiekunki) Uczestnika Programu o osobie świadczącej usługę ze wskazaniem imienia i nazwiska, a nadto w przypadku zmiany osoby świadczącej usługę również o ewentualnej zmianie godzin świadczenia usług, w przypadku wystąpienia,
- 7) **planowania i nadzorowania pracy** opiekunów świadczących w/w usługi, jak i ciągły nadzór nad realizacją jakości usługi opieki wytchnieniowej w terenie,
- 8) **sporządzanie**, nie później niż do 2 - go dnia roboczego następnego miesiąca comiesięcznego, sprawozdania Gminy/Powiatu z realizacji Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 Pobyt dzienny (załącznik nr 3 do opisu przedmiotu zamówienia),
- 9) **dokonywania wizyt kontrolnych** u każdej osoby z niepełnosprawnością, nie rzadziej niż raz na 2 miesiące oraz sporządzania z tych wizyt notatek służbowych w zakresie rozeznania m.in., jakości świadczenia usług oraz przechowywania w teczках osobowych Uczestników programu sporządzonych notatek.

Wykonawca będzie instruował opiekunów w sposób szczegółowy o obowiązujących ich zakresach czynności, poświadczając to odebraniem stosownego oświadczenia o dokonanym instruktażu. Wykonawca, będzie organizował comiesięczne spotkania wszystkich opiekunów o ustalonej godzinie, celem przekazania druku „Karty realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024 (załącznik nr 2 do opisu przedmiotu zamówienia) zwana „kartą realizacji usługi” na miesiąc następny, omówienia istotnych spraw dotyczących świadczenia usług opieki wytchnieniowej u osób z niepełnosprawnością, jak i przeprowadzania wewnętrznych szkoleń w zakresie

sprawowania opieki nad osobami z niepełnosprawnościami, podczas których w razie konieczności będzie uczestniczył Zamawiający.

Wykonawca wskaże numer telefonu do kontaktów z Zamawiającym, w celu właściwej realizacji przedmiotu zamówienia.

8. **Zamawiający wymaga zatrudnienia na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej przez Wykonawcę lub Podwykonawcę co najmniej 7 opiekunów**, nie będących członkami rodziny osób z niepełnosprawnością, opiekunami osoby z niepełnosprawnością lub osobami faktycznie zamieszkującymi razem z osobą z niepełnosprawnością, które:

- 1) posiadają dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie: asystent osoby niepełnosprawnej, pielęgniarka, siostra PCK, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, fizjoterapeuta lub
- 2) posiadają co najmniej 6 – miesięczne udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami np. doświadczenie zawodowe, doświadczenie w udzielaniu wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w formie wolontariatu, lub
- 3) zostaną wskazane przez Uczestnika Programu w Karcie zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego -edycja 2024.

Posiadanie doświadczenia, może zostać udokumentowane pisemnym oświadczeniem podmiotu, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami. Podmiotem tym może być również osoba fizyczna (a więc nie tylko osoba prawna, czy jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej), która zleciła udzielenie bezpośredniej pomocy osobie z niepełnosprawnością.

W przypadku, gdy usługi opieki wytchnieniowej, będą świadczone **dla członków rodziny lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad dziećmi do ukończenia 16. roku życia** posiadającymi orzeczenie o niepełnosprawności, w odniesieniu do osób, które mają świadczyć usługi opieki wytchnieniowej, **wymagane** są także:

- a) zaświadczenie o niekaralności;
- b) informacja o niefigurowaniu w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym w postaci wydruku pobranej informacji z Rejestru;
- c) pisemna akceptacja osoby, która ma świadczyć usługę opieki wytchnieniowej ze strony rodzica lub opiekuna prawnego dziecka z niepełnosprawnością.

Ponadto opiekunowie świadczący usługę opieki wytchnieniowej będą zdolni do wykonywania



czynności fizycznych w zakresie opieki nad osobami z niepełnosprawnością z tytułu wieku, choroby i innych przyczyn, które wymagają pomocy innych osób oraz każdy opiekun będzie posiadał aktualne badania do celów sanitarno – epidemiologicznych.

9. **Wykonawca zobowiązany będzie do wyposażenia wszystkich opiekunów** świadczących usługi w imienne identyfikatory. Identyfikator będzie zawierał takie dane jak: imię i nazwisko pracownika, jego zdjęcie, zajmowane stanowisko, nazwę pracodawcy. Identyfikator winien być zalaminowany. Ponadto, Wykonawca zobliguje pracowników do każdorazowego posiadania identyfikatora podczas realizacji usługi opieki wytchnieniowej.
10. **Wykonawca zobowiązany jest do zapewnienia ciągłości świadczonej usługi opieki wytchnieniowej.** Natomiast w przypadkach nagłej absencji pracownika - opiekuna, Wykonawca niezwłocznie organizuje zastępstwo innego pracownika, jednocześnie informując (maksymalnie w ciągu 2 godzin) o tym fakcie członka rodziny lub opiekuna osoby z niepełnosprawnością oraz Zamawiającego. Podczas przekazywania pracownikowi - opiekunowi „nowego środowiska”, ustnie lub pisemnie przekazuje ustalony zakres wsparcia oraz istotne informacje niezbędne do świadczenia usługi.
11. **Wykonawca zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji:**
  - 1) miesięcznych „Kart realizacji” usług opieki wytchnieniowej dla każdego Uczestnika Programu, odbieranie od Uczestników Programu pisemnych oświadczeń w zakresie potrzeby zmiany wymiaru usługi oraz ich przechowywanie,
  - 2) jednolitych teczek osobowych każdego pracownika świadczącego usługę opieki wytchnieniowej, zawierających: kserokopie umowy zatrudnienia, szczegółowy zakres obowiązków, dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe pracownika, oświadczenia o zapoznaniu z zakresem obowiązków, oświadczenia o przeprowadzeniu instruktażu stanowiskowego,
  - 3) teczek osobowych dla każdej osoby z niepełnosprawnością w których zawarte będą: skan zakresu wsparcia świadczonej usługi opieki wytchnieniowej, skan karty zgłoszenia, informacje o czasowym nieświadczeniu usług opieki wytchnieniowej, skan decyzji administracyjnej, notatki służbowe sporządzane po każdej wizycie w miejscu zamieszkania Uczestnika Programu,
  - 4) rejestru wizyt kontrolnych w miejscu zamieszkania Uczestnika Programu,
  - 5) protokołów z comiesięcznych zebrań z pracownikami, wraz z listą obecności osób uczestniczących w spotkaniach,
  - 6) comiesięcznego sprawozdania z realizacji godzin usług opieki wytchnieniowej (załącznik nr

3 do opisu przedmiotu zamówienia).

**Wykonawca będzie zobowiązany do dostarczania co miesiąc wraz z fakturami wykazu rozliczenia pracowników wykonujących przedmiot zamówienia za dany miesiąc (załącznik nr 5 do opisu przedmiotu ).**

**12. Wykonawca zobowiązany jest do:**

- 1) zapoznania się wnikliwie z zakresem podmiotowym i przedmiotowym Programu i prowadzenia dokumentacji potwierdzającej realizację Programu, w tym obowiązkowe korzystanie z załączników do Programu.
- 2) informowania, że zadanie publiczne jest finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego otrzymanych od Ministra. Informacja na ten temat powinna się znaleźć we wszystkich materiałach, publikacjach, informacjach dla mediów, w mediach społecznościowych, ogłoszeniach oraz wystąpieniach publicznych dotyczących realizowanego zadania publicznego. Wykonawca zobowiązany jest do oznaczania profili prowadzonych przez Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej w podejmowanych działaniach informacyjnych i promocyjnych w mediach społecznościowych,
- 3) umieszczanie logo Ministra na wszystkich materiałach, w szczególności promocyjnych, informacyjnych, szkoleniowych i edukacyjnych, dotyczących realizowanego zadania publicznego oraz zakupionych środkach trwałych, proporcjonalnie do wielkości innych oznaczeń, w sposób zapewniający jego dobrą widoczność,
- 4) podejmowania działań informacyjnych dotyczących finansowania zadania ze środków Funduszu przyznanych w ramach Programu, zgodnie z art. 35a ust.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych oraz rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 7 maja 2021 r. w sprawie określenia działań informacyjnych podejmowanych przez podmioty realizujące zadania finansowane lub dofinansowane z budżetu państwa lub z państwowych funduszy celowych (Dz. U. z 2021 r. poz. 953, z późn. zm.). W szczególności, Wykonawca przy podejmowaniu działań informacyjnych używa wzorów plakatów informacyjnych, określonych w załączniku nr 1 do ww. rozporządzenia.

Edytowalne pliki cyfrowe plakatów informacyjnych udostępnione są na stronie Biuletynu Informacji Publicznej Kancelarii Prezesa Rady Ministrów pod adresem <https://www.gov.pl/web/premier/dzialania-informacyjne>.

**13. Zamawiający zastrzega sobie prawo kontrolowania Wykonawcy w przedmiocie spełnienia przez Wykonawcę warunków wymogu klauzul społecznych tj. zatrudnienia osoby bezrobotnej**

oraz w zakresie jakości, rzetelności, efektywności realizacji zadania, stanu realizacji i sposobu świadczenia usługi opieki wytchnieniowej, prawidłowości prowadzonej dokumentacji w tym w zakresie wysokości godzinowego wynagrodzenia pracowników świadczących usługę opieki wytchnieniowej a także dokumentacji pracowniczej osób zatrudnionych do realizacji umowy, na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej, dokumentacji potwierdzającej kwalifikacje oraz doświadczenie tych osób. W ramach kontroli Zamawiający może żądać od Wykonawcy niezbędnych informacji dotyczących realizacji przedmiotu zamówienia, jak i udostępnienia wszelkiej dokumentacji dotyczącej realizacji przedmiotu umowy.

Wykonawca zobowiązany jest do przechowywania wszelkiej dokumentacji związanej z przedmiotem zamówienia przez okres 5 lat, licząc od początku roku następującego po roku, w którym wykonawca realizował Zadania ze środków Funduszu Solidarnościowego.

Usługa opieki wytchnieniowej musi być prowadzona z zachowaniem podmiotowości osób z niepełnosprawnościami oraz ich niezależności.

Ostrowiec Św. dnia .....

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

**Zakres wsparcia w Ramach usługi opieki wytchnieniowej**

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

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

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

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

.....

Podpis pracownika

.....

(podpis osoby z niepełnosprawnością/opiekuna)

**Karta realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa”  
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024**

**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 mieszkania: .....

**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)

L.p.	Data realizacji opieki wytchnieniowej	Miejsce realizacji opieki wytchnieniowej	Godziny/dni realizacji opieki wytchnieniowej	Liczba godzin/dni świadczonej opieki wytchnieniowej	Potwierdzenie realizacji usługi opieki wytchnieniowej przez osobę bądź placówkę, która ją realizowała	Podpis osoby objętej opieką wytchnieniową: członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
...						

4) Łączna liczba godzin/dni świadczonej usługi opieki wytchnieniowej w formie:

- I. dziennej wynosi ..... godzin;
- II. całodobowej wynosi .....dni.

5) Potwierdzam zgodność karty realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024:

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

- 6) Potwierdzam zgodność karty realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024:

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

\*Należy podkreślić realizowaną formę usług.



**Sprawozdanie gminy/powiatu realizacji Programu "Opieka wychnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024**

Załącznik stanowi załącznik nr 4 do Programu MRiPS „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.

Dostępny jest pod adresem:

<https://niepelnosprawni.gov.pl/download/Zalacznik-nr-4-do-programu-ow-jst-2024-sprawozdanie-gmin-powiatow-z-realizacji-programu-1698671224.xlsx>

**Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024**

**I. Dane osoby ubiegającej się o przyznanie 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, 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

W jakich czynnościach w szczególności wymagane jest wsparcie:

1. czynności samoobsługowe, w tym utrzymanie higieny osobistej **Tak** /**Nie** ;
2. prowadzenie gospodarstwa domowego i wypełnianie ról w rodzinie **Tak** /**Nie** ;
3. przemieszczanie się poza miejscem zamieszkania **Tak** /**Nie** ;

4. podejmowanie aktywności życiowej i komunikowanie się z otoczeniem **Tak**  / **Nie** .

Informacje na temat 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):

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

**III. Preferowana forma, wymiar i miejsce świadczenia usług opieki wytchnieniowej:**

dzienna, miejsce wraz z adresem

..... \*

całodobowa, miejsce wraz z .....

w godzinach .....

w dniach .....

**IV. Wskazanie osoby, która będzie świadczyła usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego**

Czy wskazuje Pan(i) osobę niebędącą członkiem rodziny osoby z niepełnosprawnością, opiekunem osoby z niepełnosprawnością lub osobą faktycznie zamieszkującą razem z osobą z niepełnosprawnością, która będzie świadczyła, za uprzednią 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 2024, usług opieki wytchnieniowej?

**Tak**  / **Nie**

Jeżeli **Tak**, proszę podać imię i nazwisko tej osoby:

.....

**V. 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 2023 r. poz. 100, z późn. zm.)/ jest dzieckiem do ukończenia 16. roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności\*\*.

1. 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 2024, świadczonych usług opieki wytchnieniowej. Czynności o których mowa wyżej dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług.
2. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.
3. 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 2024.
4. Oświadczam, że w godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego nie będą świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 901, z późn. zm.), inne usługi finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie do usług opieki wytchnieniowej finansowane ze środków publicznych.
5. Oświadczam, że aktualnie uczestniczę/nie uczestniczę\*\*\* bądź uczestniczyłem/ nie uczestniczyłem\*\*\* w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 lub innym programie resortowym Ministra Rodziny i Polityki Społecznej w 2024 r. w zakresie usług opieki wytchnieniowej, w tym w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024. W ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 i/lub innego programu resortowego Ministra Rodziny i Polityki Społecznej w 2024 r. w zakresie usług opieki wytchnieniowej, w tym w Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024 przyznano mi ..... (wpisać liczbę godzin/dni) godzin/dni opieki wytchnieniowej.
6. W przypadku wskazania w dziale III niniejszej Karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 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 2024:

- 1) świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego:
  - a) za uprzednią zgodą gminy/powiatu, miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
  - b) ośrodek wsparcia,
  - c) dom pomocy społecznej świadczący usługi wsparcia krótkoterminowego w formie dziennej,
  - d) 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 (Dz. U. 2023, poz. 901 z późn. zm.),
  - e) w przypadku braku możliwości realizacji opieki wytchnieniowej w miejscach, o których mowa w lit. b-d, istnieje możliwość zrealizowania opieki wytchnieniowej w centrum opiekuńczo-mieszkalnym (COM), w przypadku posiadania wolnych miejsc,
  - f) za uprzednią 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 2022 r. poz. 2240);
- 2) świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu całodobowego:
  - 1) za uprzednią zgodą gminy/powiatu, miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
    - 1) mieszkanie treningowe lub wspomagane (z wyłączeniem dzieci do ukończenia 16. roku życia posiadających orzeczenie o niepełnosprawności),
    - 2) ośrodek wsparcia,
    - 3) rodzinny domu pomocy,
    - 4) dom pomocy społecznej świadczący usługi wsparcia krótkoterminowego w formie pobytu całodobowego,
    - 5) 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,
    - 6) w placówka zapewniająca całodobową opiekę, o której mowa w ustawie z dnia z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,
    - 7) w przypadku braku możliwości realizacji opieki wytchnieniowej w miejscach, o których mowa w lit. b-g, istnieje możliwość zrealizowania opieki wytchnieniowej w centrum opiekuńczo-mieszkalnym (COM), w przypadku posiadania wolnych miejsc,
    - 8) za uprzednią 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 2022 r. poz. 2240).

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

\*\*\* odpowiednie skreślić.

## **Klauzula Informacyjna RODO w związku z przetwarzaniem danych osobowych w zakresie realizacji programu przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Ostrowcu Świętokrzyskim**

Zgodnie z art. 13 ust. 1-2 oraz art. 14 ust. 1-2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady(UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U.UE.L.2016.119.1), zwanego dalej „RODO”, informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Ostrowcu Świętokrzyskim, ul. Świętokrzyska 22, 27-400 Ostrowiec Świętokrzyski, nr tel. 41 276 76 00, którego reprezentantem jest Dyrektor Ośrodka.
2. Administrator danych powołał Inspektora Ochrony Danych Osobowych (IODO), który reprezentuje Administratora w kwestiach związanych z przetwarzaniem danych osobowych osób fizycznych. Nr tel. IODO 41 276 76 35, adres e-mail: [biuro@mopsostrowiec.pl](mailto:biuro@mopsostrowiec.pl).
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a i c RODO wyłącznie w celu realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.
4. Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione tylko i wyłącznie podmiotom uprawnionym do ich pozyskania na podstawie przepisów prawa regulujących ich działalność. Dane osobowe mogą być udostępniane również podmiotom zewnętrznym uprawnionym do ich przetwarzania na podstawie pisemnej umowy powierzenia danych osobowych zawartej przez Administratora w celu realizacji Programu.
5. Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane do państw trzecich. Pod pojęciem państw trzecich rozumie się wszystkie kraje, które nie są państwami członkowskimi Unii Europejskiej.
6. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą przez okres niezbędny do realizacji celu przetwarzania danych tj. do czasu niezbędnego do zrealizowania Pani/Pana uprawnień np. uzyskania określonej formy pomocy. Wymieniony czas określają przepisy prawa regulujące przyznawanie poszczególnych świadczeń bądź przepisy o archiwizacji.
7. Zgodnie z RODO ma Pani/Pan w stosunku do swoich danych osobowych prawo do: dostępu, sprostowania, wniesienia skargi do organu nadzorczego (Urząd Ochrony Danych Osobowych w Warszawie), usunięcia, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, przenoszenia do innych podmiotów, uzyskania kopii danych osobowych.
8. Działalność Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej jako jednostki zajmującej się przyznawaniem ustawowej pomocy społecznej oraz socjalnej opiera się na przepisach prawa regulujących przyznawanie tego typu świadczeń, w związku z czym nie wymagana jest Pani/Pana zgoda na przetwarzanie danych osobowych.
9. Wszelkie inne niż wymienione w pkt 8 formy pomocy lub świadczeń w tym rejestrowanie rozmów telefonicznych wymagają wyrażenia Pani/ Pana zgody na przetwarzanie danych osobowych.
10. Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

**Klauzula informacyjna RODO w związku z przetwarzaniem danych osobowych w zakresie niezbędnym do wykonania przez Ministra Rodziny i Polityki Społecznej zadań związanych ze sprawozdawczością, nadzorem i czynnościami kontrolnymi.**

Zgodnie z art. 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 i Polityki Społecznej informuje, że:

1. Tożsamość administratora i dane kontaktowe  
Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w Ministerstwie Rodziny i Polityki Społecznej jest Minister Rodziny i Polityki Społecznej, zwany dalej „Ministrem”, mający siedzibę w Warszawie (00-513), ul. Nowogrodzka 1/3/5.
2. 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.
3. Kategorie danych osobowych  
Przetwarzanie danych osobowych obejmuje następujące kategorie Pani/Pana danych:  
W przypadku osoby świadczącej usługi opieki wytchnieniowej określonej w przyjętym przez Ministra Programie „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024: imię i nazwisko, miejsce pracy, stanowisko, adres e-mail, numer telefonu.  
W przypadku uczestnika Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024: imię i nazwisko oraz dane określone w Karcie zgłoszenia do Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia kontroli, postępowania w trybie nadzoru lub sprawozdawczości.
4. Cele przetwarzania i podstawa prawna przetwarzania  
Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w zakresie niezbędnym do wykonania przez Ministra zadań związanych ze sprawozdawczością, nadzorem oraz z czynnościami kontrolnymi dotyczącymi realizacji Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO gdyż, przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, art. 6 ust. 1 lit. e RODO gdyż, przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO gdyż, 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 Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, przyjętego na podstawie art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2023 r. poz. 647 z późn. zm.).
5. Odbiorcy danych lub kategorie odbiorców danych



Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora w zakresie realizowanych przez niego obowiązków oraz w związku z wykonywaniem czynności związanych z realizacją Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, a także innym podmiotom lub organom upoważnionym do pozyskania Pani/Pana danych na podstawie przepisów prawa (np. podmiotom kontrolującym Ministra). Administrator nie będzie przekazywał Pani/Pana danych osobowych do państwa trzeciego lub do organizacji międzynarodowej.

6. 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 2024, a następnie do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów dotyczących archiwizacji dokumentacji.

7. Prawa podmiotów danych

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych, prawo do żądania ich sprostowania, do ograniczania przetwarzania tych danych oraz prawo do żądania ich usunięcia po upływie okresu, o którym mowa powyżej. Realizacja powyższych praw musi być zgodna z przepisami prawa, na podstawie których odbywa się przetwarzanie danych osobowych, a także m.in. z zasadami wynikającymi z Kodeksu postępowania administracyjnego i zasadami archiwizacji.

8. Zautomatyzowane podejmowanie decyzji w tym profilowanie

W trakcie przetwarzania Pani/Pana danych osobowych nie będzie dochodzić do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani do profilowania.

9. Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO) ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, tel.: 22 531 03 00.

10. Źródło pochodzenia danych

Pani/Pana dane zostały przekazane przez jednostkę samorządu terytorialnego lub podmiot uprawniony do prowadzenia działalności pożytku publicznego, która/który przekazał/a nam je w związku z Pani/Pana udziałem w Programie „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.

11. 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 2024

Załącznik Nr 5 do opisu przedmiotu zamówienia

**Wykaz rozliczenia pracowników wykonujących przedmiot zamówienia w miesiącu  
..... 2024 r.**

L.p.	Imię i Nazwisko opiekuna	Liczba zrealizowanych godzin	Stawka naliczonego wynagrodzenia za jedną godzinę w danym miesiącu za realizowane usługi