

**REGULAMINAMIN REKRUTACJI I REALIZACJI W PROGRAMIE „OPIEKA WYTCNIENIOWA”
DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO – EDYCJA 2026**
realizowanego przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wąbrzeźnie

§ 1

Postanowienia ogólne

1. Niniejszy regulamin określa zasady rekrutacji i realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 przez Powiat Wąbrzeski, gdzie realizatorem Programu jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wąbrzeźnie.
2. Podstawą realizacji usługi opieki wytchnieniowej jest Program „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu terytorialnego – edycja 2026, zwany dalej Programem.
3. Program finansowany jest w całości ze środków Funduszu Solidarnościowego.

§ 2

Cele programu

1. Program będzie realizowany na terenie Powiatu Wąbrzeskiego od dnia 26.03.2026 r. do dnia 31.12.2026 r.
2. Odbiorcami usługi będą mieszkańcy Powiatu Wąbrzeskiego, tj. członkowie rodzin lub opiekunowie sprawujący bezpośrednią opiekę nad:
 - 1) dziećmi od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadającymi orzeczenie o niepełnosprawności lub,
 - 2) osobami niepełnosprawnymi posiadającymi:
 - a) orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo
 - b) orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych - którzy wymagają usług opieki wytchnieniowej.

§ 3

REKRUTACJA UCZESTNIKÓW (ODBIORCÓW WSPARCIA)

Kryteria kwalifikacyjne

1. Usługi opieki wytchnieniowej przysługują w przypadku:
 - 1) zamieszkiwania członka rodziny lub opiekuna na terenie Powiatu Wąbrzeskiego, we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą z niepełnosprawnością i sprawowania całodobowej opieki nad tą osobą;
 - 2) posiadanie aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności.

§ 4

Dokumenty zgłoszeniowe – uczestnicy

1. Karta zgłoszenia do Programu.
2. Kserokopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności.
3. Kserokopię dokumentu potwierdzającego ustanowienie opieki prawnej (jeśli dotyczy).
4. Oświadczenie.
5. Klauzula RODO.

§ 5

Procedura kwalifikacji

1. Rekrutacja prowadzona jest przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wąbrzeźnie przy ul. Wolności 44 – budynek Starostwa Powiatowego w Wąbrzeźnie.
2. Wnioski podlegają ocenie formalnej i merytorycznej wg. zał. nr 1.
3. W przypadku ograniczonej liczby miejsc tworzy się listę rezerwową.
4. Decyzję podejmuje komisja powołana przez Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w skład której wchodzi:
 - 1) Justyna Przybyłowska – Przewodniczący;
 - 2) Joanna Paczkowska – Członek;
 - 3) Ewelina Okrasa – Członek.

§ 6

KANDYDACI NA OPIEKUNÓW

Rekrutacja dla osób świadczących usługi

1. Usługi opieki wytchnieniowej będą świadczone przez osoby pełnoletnie, niebędące członkami rodziny osoby niepełnosprawnością w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej przez:
 - 1) osoby posiadające dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie asystent osoby niepełnosprawnej, pielęgniarki, siostry PCK, opiekuna osoby starszej, opiekuna medycznego, pedagoga, psychologa, terapeuty zajęciowego, fizjoterapeuty lub
 - 2) udokumentowane co najmniej 6-miesięczne doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami np. doświadczenie zawodowe, doświadczenie w udzielaniu wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w formie wolontariatu itp. doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy powinno zostać udokumentowane zaświadczeniem lub kserokopią umowy – o pracę, zlecenia lub o dzieło.

§ 7

Dokumenty zgłoszeniowe – opiekunowie

1. Dane do umowy.
2. Karta zgłoszenia usługodawcy do opieki wychowawczej.
3. Oświadczenie o braku pokrewieństwa.
4. Oświadczenie w zakresie danych do sprawdzenia w Rejestrze Sprawców Przepięstw na Tle Seksualnym.
5. Klauzula RODO.

§ 8

Procedura wyboru opiekunów

Procedura kwalifikacji

1. Rekrutacja prowadzona jest przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wąbrzeźnie przy ul. Wolności 44.
2. Wnioski podlegają ocenie formalnej i merytorycznej wg. zał. nr 2.
3. W przypadku ograniczonej liczby miejsc tworzy się listę rezerwową.
4. Decyzję podejmuje komisja powołana przez Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w skład której wchodzi:
 - 1) Justyna Przybyłowska – Przewodniczący;
 - 2) Joanna Paczkowska – Członek;
 - 3) Ewelina Okrasa – Członek.

1. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie dokonuje oceny kandydatów wg. zał. nr 2 :
 - 1) kwalifikacji;
 - 2) doświadczenia;
 - 3) rozmowy kwalifikacyjnej (opcjonalnie).
2. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wąbrzeźnie tworzy bazę opiekunów dopuszczonych do świadczenia usług.
3. Z wybranymi osobami zawierane są umowy cywilnoprawne.

§ 9

Formy wsparcia

1. Usługi mogą być realizowane:
 - 1) w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością;
 - 2) w formie pobytu dziennego

§ 10

Zasady przyznawania usług

1. Zakres godzinowy wsparcia ustalany będzie indywidualnie.
2. Usługi przyznawane są w ramach dostępnych środków finansowych.
3. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wąbrzeźnie prowadzi ewidencję godzin usług.

§ 11

Prawa i obowiązki uczestników

1. Uczestnik ma prawo do:
 - 1) bezpiecznej i godnej opieki;
 - 2) zgłaszania uwag i skarg.
2. Uczestnik zobowiązany jest do:
 - 1) współpracy z opiekunem;
 - 2) informowania o zmianach sytuacji.

§ 12

Prawa i obowiązki opiekunów

1. Opiekun ma prawo do:
 - 1) wynagrodzenia zgodnego z umową;
 - 2) wsparcia merytorycznego ze strony Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wąbrzeźnie.
2. Opiekun zobowiązany jest do:
 - 1) rzetelnego wykonywania usług;
 - 2) poszanowania godności uczestników;
 - 3) zachowania poufności informacji.

§ 13

Postanowienia końcowe

1. Regulamin wchodzi w życie z dniem zatwierdzenia przez Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wąbrzeźnie.
2. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wąbrzeźnie zastrzega sobie prawo do zmian regulaminu.
3. W sprawach nieuregulowanych zastosowanie mają obowiązujące przepisy oraz wytyczne programu

ZAŁĄCZNIK NR 1
KARTA OCENY KANDYDATA DLA UCZESTNIKA
„Opieka wytchnieniowa – edycja 2026”
Powiatowego Centrum
Pomocy Rodzinie
w Wąbrzeźnie

Dane opiekuna:

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

Dane osoby z niepełnosprawnością:

- Imię i nazwisko:
- Data urodzenia:
- Stopień niepełnosprawności: lekki umiarkowany znaczny
- Rodzaj niepełnosprawności:

Informacje o opiece:

- Czy opieka sprawowana jest samotnie: TAK NIE
- Czy korzysta Pan/Pani z innych usług opiekuńczych: TAK NIE

Preferowana forma wsparcia:

- w miejscu zamieszkania
- pobyt dzienny

Wnioskowana liczba godzin (miesięcznie):

Oświadczenia:

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są prawdziwe.

Data i podpis:

Dane osoby ocenianej (opiekuna):

Imię i nazwisko:

Data złożenia wniosku:

I. OCENA FORMALNA (0–1)

Kryterium	Spełnia	Nie spełnia
Zamieszkanie na terenie powiatu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprawowanie opieki nad osobą z niepełnosprawnością	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktualne orzeczenie o niepełnosprawności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wynik oceny formalnej: POZYTYWNA NEGATYWNA

II. OCENA MERYTORYCZNA (PUNKTOWA)

Kryterium	Opis	Punkty
Stopień niepełnosprawności	znaczny	10
	umiarkowany	5
Sprzężona niepełnosprawność	Tak	10
Samotne sprawowanie opieki	Tak	8
Brak wsparcia instytucjonalnego brak usług		5

Suma punktów: / max 33 pkt

III. REKOMENDACJA KOMISJI

- zakwalifikować do programu
- lista rezerwowa
- nie zakwalifikować

Uzasadnienie:

.....
.....

Podpisy komisji:

1.
2.
3.

Data:

ZAŁĄCZNIK NR 2
KARTA OCENY KANDYDATA DLA OPIEKUNA
„Opieka wytchnieniowa – edycja 2026”
Powiatowego Centrum
Pomocy Rodzinie
w Wąbrzeźnie

Dane kandydata:

Imię i nazwisko:

Data zgłoszenia:

I. OCENA FORMALNA (0–1)

Kryterium	Spełnia	Nie spełnia
Złożony komplet dokumentów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niekaralność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zdolność do wykonywania pracy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wynik oceny formalnej: POZYTYWNA NEGATYWNA

II. OCENA MERYTORYCZNA (PUNKTOWA)

Kryterium	Opis	Punkty
Wykształcenie kierunkowe	opiekun / pielęgniarka / terapeuta	10
	inne	5
Doświadczenie w opiece	powyżej 6 miesięcy	10
	do 6 miesięcy	5
Predyspozycje interpersonalne	bardzo dobre	5
	dobre	3
Dyspozycyjność	wysoka	5
	ograniczona	3

Suma punktów: / max 30 pkt

III. ROZMOWA KWALIFIKACYJNA (opcjonalnie)

Ocena (0–10 pkt):

Uwagi:

.....

IV. REKOMENDACJA KOMISJI

- zakwalifikować
- lista rezerwowa
- nie zakwalifikować

Uzasadnienie:

.....

.....

Podpisy komisji:

1.

2.

3.

Data: