

UCHWAŁA NR 74/470/2025
ZARZĄDU POWIATU RACIBORSKIEGO

z dnia 21 października 2025 r.

**w sprawie przystąpienia Powiatu Raciborskiego do Programu Ministerstwa Rodziny, Pracy
i Polityki Społecznej pn. „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego
– edycja 2026 oraz zasad udzielania pomocy w ramach tego Programu**

Na podstawie art. 4 ust. 1 pkt 5, art. 32 ust. 1, art. 48 ust. 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (t. j. Dz. U. z 2024 r., poz. 107 ze zm.), w związku art. 19 pkt 16 oraz art. 115a ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t. j. Dz. U. z 2025 r., poz. 1214 ze zm.)

ZARZĄD POWIATU RACIBORSKIEGO
uchwala, co następuje:

§ 1. Wyraża się zgodę na przystąpienie Powiatu Raciborskiego do realizacji Programu Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej pn. „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, zwanego dalej „Programem”.

§ 2. 1. Celem Programu jest wsparcie członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobami z niepełnosprawnościami posiadającymi:

1)orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo

2)orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniami wymienionymi 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

– poprzez możliwość uzyskania doraźnej, czasowej pomocy w formie usługi opieki wytchnieniowej.

2. Program realizowany będzie w Domu Pomocy Społecznej „Złota Jesień” w Raciborzu przy ul. Grzonki 1, zwanym dalej „Domem”.

3. Program realizowany będzie w segmentach znajdujących się na III piętrze budynku 2.1. Domu, w związku z uzyskaniem zgody Wojewody Śląskiego na takie przeznaczenie wspomnianych segmentów.

4. Program realizowany będzie w formie pobytu całodobowego dla osób posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, z wyłączeniem dzieci.

5. W ramach Programu usługi bezpośredniej opieki wytchnieniowej, w tym samym czasie, mogą być sprawowane przez jednego opiekuna dla więcej niż jednej osoby z niepełnosprawnością.

6. Decyzję w zakresie wyboru formy zatrudnienia osób świadczących opiekę wytchnieniową podejmuje Dyrektor Domu.

7. W ramach Programu ustalony jest limit 14 dni na jedną osobę dla usługi opieki wytchnieniowej świadczonej w ramach pobytu całodobowego w Domu.

8. Przyznanie opieki wytchnieniowej następuje na wniosek członka rodziny lub opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o której mowa w ust. 1.

9. Wniosek, o którym mowa w ust. 8, osoby zainteresowane składają w Domu w postaci Karty zgłoszenia, która stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

10. Złożenie wniosku, o którym mowa w ust. 8, nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Programie.

11. Przyznana w ramach Programu usługa opieki wytchnieniowej, zgodnie z limitem określonym w ust. 7, świadczona będzie nieodpłatnie.

12. Program będzie realizowany od dnia podpisania przez Powiat Raciborski umowy z Wojewodą Śląskim o finansowanie realizacji Programu do dnia 31 grudnia 2026 r.

§ 3. Udziela się pełnomocnictwa Dyrektorowi Domu Pomocy Społecznej „Złota Jesień” w Raciborzu Pani Małgorzacie Krawczyńskiej do podejmowania wszelkich, niezbędnych działań związanych z realizacją Programu.

§ 4. Pełnomocnictwo, o którym mowa w § 3:

- 1) udziela się na czas określony, do momentu ostatecznego rozliczenia edycji Programu na rok 2026;
- 2) wygasa z dniem ustania stosunku pracy Pani Małgorzaty Krawczyńskiej w Domu Pomocy Społecznej „Złota Jesień” w Raciborzu lub zaprzestania pełnienia funkcji Dyrektora DPS „Złota Jesień” w Raciborzu;
- 3) może być odwołane w każdej chwili.

§ 5. 1. Wykonanie uchwały powierza się Kierownikowi Referatu Spraw Społecznych.

2. Nadzór nad wykonaniem uchwały sprawować będzie Członek Zarządu.

§ 6. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

RADCA PRAWNY

Lidia Chrzan

STAROSTA

Grzegorz Swoboda

Uzasadnienie:

Zgodnie z regulacją art. 19 pkt 16 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t. j. Dz. U. z 2025 r., poz. 1214 ze zm.) do zadań własnych powiatu należy podejmowanie innych działań wynikających z rozeznaczonych potrzeb, w tym tworzenie i realizacja programów osłonowych. Natomiast art. 115a wspomnianej ustawy stanowi, że zadania określone w ustawie mogą być finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego, na zasadach określonych w ustawie z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (t. j. Dz. U. z 2024 r., poz. 1848 ze zm.).

Program „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, podobnie jak edycja 2025, jest kierowany do członków rodzin lub opiekunów, którzy wymagają wsparcia w postaci doraźnej, czasowej przerwy w sprawowaniu bezpośredniej opieki nad dziećmi z orzeczeniem o niepełnosprawności, a także nad osobami posiadającymi orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie traktowane na równi. Dzięki takiemu wsparciu osoby zaangażowane na co dzień w sprawowanie opieki dysponować będą czasem, który będzie mógł być przeznaczony na odpoczynek i regenerację, jak również na załatwienie niezbędnych spraw. Usługi opieki wytchnieniowej mogą służyć ponadto zabezpieczeniu potrzeb osoby z niepełnosprawnością w sytuacji, gdy opiekunowie z różnych powodów nie będą mogli wykonywać swoich obowiązków.

Na realizację Programu Powiat może otrzymać wsparcie finansowe w zakresie usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego lub pobytu całodobowego dla osób mieszkających na terenie powiatu.

Dom Pomocy Społecznej „Złota Jesień” w Raciborzu realizuje obecnie Program „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025. W ramach środków przyznanych przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej zaplanowanych zostało 326 pobyty całodobowych z czego, na dzień 14 października 2025 r., 323 pobyty całodobowe zostały już zrealizowane. Program umożliwi wsparcie łącznie 25 opiekunów osób z niepełnosprawnościami, spełniając kluczowe założenia Programu oraz odpowiadając na potrzeby lokalnej społeczności, co potwierdza zasadność kontynuacji Programu w kolejnych latach.

W roku bieżącym Program realizowany był w wydzielonych segmentach Domu, znajdujących się na III piętrze budynku 2.1, które po dokonaniu prac adaptacyjnych i zakupie wyposażenia zostały dostosowane do potrzeb opieki wytchnieniowej. Na takie działanie Powiat uzyskał wcześniej akceptację Wojewody Śląskiego.

Biorąc powyższe pod uwagę Powiat Raciborski będzie wnioskował o przyznanie środków finansowych w roku 2026 na realizację Programu w ilości 728 pobyty całodobowych dla 52 osób z niepełnosprawnościami, będącymi podopiecznymi 52 opiekunów.

Ze względu na specyfikę dotychczas świadczonych usług w DPS „Złota Jesień” w Raciborzu oraz możliwości kadrowe realizację Programu w 2026 r. zawęży się do rodzin i opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobami o znacznym stopniu niepełnosprawności i do tych osób, z wyłączeniem dzieci.

Wobec powyższego, w tym stanie prawnym i faktycznym, podjęcie uchwały jest celowe i uzasadnione.

KIEROWNIK REFERATU
SPRAW SPOŁECZNYCH

Aleksander Kasprzak

CZŁONEK ZARZĄDU

Marek Kurpis

WZÓR

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

I. Dane osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej (członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością):

Imię i nazwisko:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Telefon:

.....

E-mail:

.....

Data urodzenia:

.....

II. Dane dotyczące osoby z niepełnosprawnością, w związku z opieką nad którą, członek rodziny/opiekun ubiega się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej:

Imię i nazwisko:

.....

Data urodzenia:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Rodzaj niepełnosprawności:

1. dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowa - rdzeniowa)
2. dysfunkcja narządu wzroku
3. zaburzenia psychiczne
4. dysfunkcje o podłożu neurologicznym
5. dysfunkcja narządu mowy i słuchu
6. pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne

III. Informacja dotycząca indywidualnej sytuacji członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością:

W jakich bieżących czynnościach życia codziennego dotyczących zabezpieczenia potrzeb osoby z niepełnosprawnością, w szczególności wymagane jest wsparcie:

1. czynności samoobsługowe (np. utrzymanie higieny osobistej) **Tak /Nie** ;
 2. przemieszczanie się poza miejscem zamieszkania (np. spacer, udanie się do placówki zdrowia, sklepu, itp) **Tak /Nie** ;
 3. podejmowanie aktywności życiowej i komunikowanie się z otoczeniem **Tak /Nie** ;
 4. inne:
-

Informacje na temat poziomu samodzielności osoby z niepełnosprawnością, nad którą członek rodziny/opiekun sprawuje opiekę, w tym ograniczeń osoby z niepełnosprawnością w zakresie komunikowania się lub poruszania się (wypełnia opiekun prawny/członek rodziny/opiekun osoby niepełnosprawnej, który ubiega się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej):

.....

.....

.....

Informacje na temat sytuacji członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością w odniesieniu do sprawowania bezpośredniej opieki nad osobą z niepełnosprawnością:

1. czy osoba z niepełnosprawnością, nad którą członek rodziny/opiekun sprawuje bezpośrednią opiekę stale przebywa w domu i nie korzysta np. z ośrodka wsparcia, z placówki pobytu całodobowego, z warsztatu terapii zajęciowej, szkoły i placówki, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2025 r. poz. 881), nie uczy się lub nie studiuje? **Tak****/Nie**;
2. czy członek rodziny/opiekun osoby z niepełnosprawnością sprawujący bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością jest nieaktywny zawodowo i ma ograniczone możliwości podejmowania aktywności zawodowej ze względu na konieczność opiekowania się osobą z niepełnosprawnością? **Tak****/Nie**.

Jeżeli **Tak**, proszę opisać powód, dla którego jest nieaktywny zawodowo:

.....

.....

.....

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

dzienna, miejsce wraz z adresem

..... *

całodobowa, miejsce wraz z adresem

..... *

w godzinach

.....

w dniach

.....

V. Wskazanie osoby, która będzie świadczyła usług opieki wytchnieniowej

Czy wskazuje Pan(i) osobę pełnoletnią, niebędącą członkiem rodziny osoby z niepełnosprawnością, opiekunem osoby z niepełnosprawnością lub osobą faktycznie zamieszkującą razem z osobą z

niepełnosprawnością, która będzie świadczyła, za uprzednią pisemną zgodą gminy/powiatu, w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością albo innym miejscu wskazanym przez Pana(ią) lub realizatora Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, usług opieki wytchnieniowej?

Tak / Nie

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

.....

VI. Oświadczenia:

1. Oświadczam, że osoba z niepełnosprawnością w związku z opieką nad którą, ubiegam się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej posiada ważne orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności/orzeczenie traktowane na równi do orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2025 r. poz. 913) / jest dzieckiem od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności**.
2. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług opieki wytchnieniowej oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowania przez gminę/powiat, która/który realizuje Program „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026, świadczonych usług opieki wytchnieniowej. Czynności o których mowa wyżej dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług.
3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026.
4. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026.
5. Oświadczam, że w godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej, finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego, wobec osoby z niepełnosprawnością objętej usługą opieki wytchnieniowej w związku z opieką nad którą, ubiegam się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej, nie będą świadczone inne formy pomocy usługowej, w tym:
 - 1) usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2025 r. poz. 1214),

2) usługi finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,

- o ile obejmują analogiczne wsparcie, o którym mowa w części V ust. 17 Programu, tj.

zastępowanie członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością, w bieżących czynnościach życia codziennego dotyczących zabezpieczenia potrzeb osoby z niepełnosprawnością, takich jak: w czynnościach samoobsługowych (np. utrzymanie higieny osobistej), w przemieszczaniu się poza miejsce zamieszkania (np. spacer, udanie się do placówki zdrowia, sklepu, itp), w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem, finansowane ze środków publicznych.

6. Oświadczam, że aktualnie uczestniczę/nie uczestniczę*** bądź uczestniczyłem/nie uczestniczyłem*** w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 lub innym programie resortowym Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w 2026 r. w zakresie usług opieki wytchnieniowej. W ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 i/lub innego programu resortowego Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w 2026 r. w zakresie usług opieki wytchnieniowej, przyznano mi (wpisać liczbę godzin/dób) godzin/dób usług opieki wytchnieniowej.

7. W przypadku wskazania w dziale V niniejszej Karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 osoby, która będzie świadczyła usług opieki wytchnieniowej oświadczam, że osoba ta przygotowana jest do świadczenia usług opieki wytchnieniowej.

Miejscowość, data

.....
Podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawności

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.

KIEROWNIK REFERATU
SPRAW SPOŁECZNYCH

Aleksander Kasprzak

STAROSTA

Grzegorz Swoboda