

Projekt

z dnia 9 kwietnia 2026 r.

Zatwierdzony przez

**UCHWAŁA NR
RADY MIEJSKIEJ W IŁAWIE**

z dnia 27 kwietnia 2026 r.

w sprawie przystąpienia Gminy Miejskiej Iława do realizacji w 2026 roku Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2026 finansowanego ze środków budżetu Gminy Miejskiej Iława.

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt. 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz.U.2025.1153 t.j.) oraz art. 110 ust. 10 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U.2025.1214 t.j.) uchwala się, co następuje:

§ 1. Gmina Miejska Iława przystępuje do realizacji w 2026 roku Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2026 finansowanego ze środków budżetu Gminy Miejskiej Iława stanowiącego załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Miasta Iławy.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem jej podjęcia.

Na podstawie uchwały
1000 - 10
10000, 9.03.2026.
RADCA PRAWNY
Izabela Matasek-Wasilewska
07 1 12

DYREKTOR
Centrum Usług Społecznych
w Iławie

Grażyna Kemska

BURMISTRZ
MIASTA IŁAWY

Dawid Kopaczewski

UZASADNIENIE

Program „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2026 finansowany ze środków budżetu Gminy Miejskiej Iława ma na celu uzupełnienie działań wobec osób niepełnosprawnych wymagających wysokiego poziomu wsparcia oraz ich opiekunów świadczących bezpośrednią opiekę zamieszkujących na terenie miasta Iławy. Program zapewnia wsparcie osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności lub orzeczeniem równoważnym oraz wsparcie dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności posiadające łącznie wskazania w pkt. 7 i 8 orzeczenia, a także wsparcie członków rodzin lub opiekunów świadczących bezpośrednią opiekę nad tymi osobami poprzez możliwość uzyskania usługi opieki wytchnieniowej, w sytuacji nagłej lub w razie uzasadnionej potrzeby oraz uzyskania wsparcia specjalistycznego.

Program „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2026 finansowany jest z budżetu Gminy Miejskiej Iława. Na realizację tego zadania przeznaczono środki finansowe w kwocie 20.000,00 zł.

Zadanie zostanie zrealizowane przez Centrum Usług Społecznych w Iławie.

DYREKTOR
Centrum Usług Społecznych
w Iławie

Grażyna Kemska

Załącznik do uchwały nr
Rady Miejskiej w Iławie
z dnia 27 kwietnia 2026 r.

**Program „Opieka wychowawcza” – edycja 2026
finansowany ze środków budżetu Gminy Miejskiej Iława**



DYREKTOR
Centrum Usług Społecznych
w Iławie
Grażyna Kemska

Iława 2026

Spis treści	
Wstęp	3
I. Cele Programu	3
II. Adresaci/Uczestnicy Programu	4
III. Zakres podmiotowy i przedmiotowy	4
IV. Koszty Programu i terminy	5
V. Informacje dodatkowe	6
VI. Załączniki	6

Wstęp

Gmina Miejska Iława finansuje Program „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2026. Naszym celem jest wsparcie osób z niepełnosprawnościami wymagających szczególnej opieki oraz pomoc ich bliskim w codziennych obowiązkach.

Stałe sprawowanie opieki nad dzieckiem lub osobą dorosłą z niepełnosprawnością skutkuje wysokim obciążeniem psychofizycznym opiekunów. Konieczność godzenia spraw osobistych z wymagającymi obowiązkami opiekuńczymi sprawia, że obie te grupy wymagają wzajemnie uzupełniających się form wsparcia.

Analiza potrzeb lokalnej społeczności pokazała, że dotychczasowe wsparcie dla osób z niepełnosprawnościami i ich rodzin jest niewystarczające. Opiekunowie szczególnie potrzebują pewności, że w sytuacjach nagłych – takich jak choroba czy pilny wyjazd – ich bliscy będą mieli zapewnioną opiekę. Wskazują również na konieczność stałego dostępu do specjalistów, zarówno dla podopiecznych, jak i dla siebie.

Program „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2026 finansowany ze środków budżetu Gminy Miejskiej Iława skierowany jest do osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności lub orzeczeniem równoważnym oraz dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności posiadających łącznie wskazania w pkt. 7 i 8 orzeczenia, a także członków rodzin lub opiekunów świadczących bezpośrednią opiekę nad nimi, zamieszkujących teren miasta Iławy.

Program realizowany jest w następujących formach: wsparcia w postaci usługi opieki wytchnieniowej oraz wsparcia specjalistycznego. Program ma zadanie zapewnić wsparcie w formie opieki wytchnieniowej w sytuacji nagłej, niespodziewanej, szczególnej, a tym samym odciążenie członków rodzin od codziennych obowiązków oraz zapewnienie im czasu na odpoczynek. Program daje możliwość skorzystania ze wsparcia specjalistycznego oraz wsparcia pozwalającego na podnoszenie swoich umiejętności i kompetencji, co przyczyni się do wzmocnienia potencjału opiekunów oraz osób z niepełnosprawnością.

I. Cele Programu

Głównym celem Programu jest wsparcie:

- osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności lub orzeczeniem równoważnym,
- dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności posiadających łącznie wskazania w pkt. 7 i 8 orzeczenia,
- członków rodzin lub opiekunów świadczących bezpośrednią opiekę nad osobą posiadającą orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności/orzeczenie równoważne lub dzieckiem z orzeczeniem o niepełnosprawności ze wskazaniem łącznie w pkt. 7 i 8 orzeczenia

poprzez możliwość uzyskania:

- usługi opieki wytchnieniowej, w sytuacji nagłej lub w razie uzasadnionej potrzeby,
- wsparcia specjalistycznego.

II. Adresaci/Uczestnicy Programu

1. Adresatami Programu są:

- a) mieszkańcy Gminy Miejskiej Ława,
 - b) osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności lub orzeczeniem równoważnym¹,
 - c) dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności, ze wskazaniem łącznie w pkt. 7 i 8 orzeczenia, tj. konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji,
 - d) członkowie rodzin lub opiekunowie świadczący bezpośrednią opiekę nad osobą posiadającą orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności/orzeczenie równoważne lub dzieckiem z orzeczeniem o niepełnosprawności ze wskazaniem łącznie w pkt. 7 i 8 orzeczenia.
2. Usługi opieki wytchnieniowej przysługują w przypadku wspólnego zamieszkiwania członka rodziny lub opiekuna, o których mowa w pkt. 1 lit. c z osobą niepełnosprawną, o której mowa w pkt. 1 lit. a lub w pkt. 1 lit. b na terenie miasta Ławy.

III. Zakres podmiotowy i przedmiotowy

1. Zakwalifikowanie do Programu odbywa się na podstawie Karty zgłoszenia do Programu, której wzór stanowi załącznik nr 1 do Programu.
2. Uczestnikiem Programu jest opiekun/członek rodziny wraz z osobą posiadającą orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności/dzieckiem posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności nad którymi sprawowana jest bezpośrednia opieka.
3. W ramach Programu planuje się objąć wsparciem łączną liczbę uczestników nie więcej niż 10 osób zamieszkujących teren miasta Ławy.
4. Program realizowany jest w dwóch formach:

1) Usługi opieki wytchnieniowej.

Świadczenie usługi opieki wytchnieniowej w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej lub dziecka z orzeczeniem o niepełnosprawności w sytuacji nagłej, wyjątkowej² lub w razie uzasadnionej potrzeby³. W godzinach realizacji usługi opieki wytchnieniowej nie mogą być świadczone inne formy pomocy usługowej, w tym: usługi opiekuńcze, specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. 2024 poz.1283) usługi finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego lub z innych źródeł.

¹ 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. 2024 poz.44.)

² Tzn. sytuacji niespodziewanej, szczególnej, np. pobyt opiekuna lub członka rodziny w szpitalu.

³ Tzn. takiej potrzeby, która uzasadniałaby otrzymanie usług opieki wytchnieniowej, np. czasowe odciążenie od codziennych obowiązków związanych ze sprawowaniem opieki, zapewnienie czasu na odpoczynek i regenerację.

Osobą świadczącą usługę opieki wytchnieniowej może być osoba wskazana przez uczestnika Programu, która nie jest członkiem rodziny⁴,

Rozliczenie usług opieki wytchnieniowej nastąpi na podstawie wypełnionej Karty rozliczenia usługi, której wzór stanowi załącznik nr 2 do Programu.

2) Wsparcie specjalistyczne.

Uczestnik Programu może skorzystać ze wsparcia specjalistycznego w formie indywidualnej lub grupowej, m.in. psychologa, psychiatry, rehabilitanta, terapeuty itp. Uczestnik Programu samodzielnie wskazuje specjalistę. Rozliczenie wsparcia specjalistycznego nastąpi na podstawie wypełnionej Karty rozliczenia usługi, której wzór stanowi Załącznik nr 2 do Programu oraz przedstawionego rachunku/faktury.

IV. Koszty Programu i terminy

1. Koszty związane z realizacją zadań Programu:

- a) na jednego uczestnika (tj. opiekuna/członka rodziny wraz z osobą niepełnosprawną/dzieckiem posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności nad którymi sprawowana jest bezpośrednia opieka) Programu przypadają do wykorzystania środki w kwocie do 2.000,00 zł na realizację zadań określonych w dziale III pkt. 4. niniejszego Programu,
- b) wynagrodzenie osoby sprawującej opiekę nad osobą niepełnosprawną w miejscu zamieszkania ustala się w wysokości:
 - nie więcej niż 50,00 zł brutto brutto za jedną godzinę usługi opieki wytchnieniowej dla osoby fizycznej zatrudnionej w ramach umowy zlecenie i rozliczane będzie na podstawie Karty rozliczenia usług opieki wytchnieniowej, której wzór stanowi załącznik nr 2 do Programu,
 - oraz nie więcej niż 50,00 zł brutto dla osoby prowadzącej działalność gospodarczą, z którą została zawarta umowa zlecenie i rozliczane będzie na podstawie Karty rozliczenia usług opieki wytchnieniowej, której wzór stanowi załącznik nr 2 do Programu oraz prawidłowo wystawionej faktury/rachunku.
- c) wynagrodzenie specjalisty rozliczane będzie na podstawie Karty rozliczenia usługi, której wzór stanowi załącznik nr 2 do Programu oraz prawidłowo wystawionej faktury/rachunku.

2. Uczestnicy Programu nie ponoszą odpłatności za usługi.

3. Program będzie realizowany do 15 grudnia 2026 roku.

⁴ Na potrzeby realizacji Programu za członka rodziny należy uznać wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem Programu oraz opiekunów prawnych lub osoby faktycznie zamieszkujące razem z uczestnikiem Programu.

V. Informacje dodatkowe

1. Do Programu będą kwalifikowane osoby, które nie uczestniczą w innych programach, projektach mających na celu wsparcie osób z niepełnosprawnościami oraz ich rodzin w zakresie usług opiekuńczych czy usług asystencji osobistej.

VI. Załączniki

1. Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2026 finansowanego ze środków budżetu Gminy Miejskiej Iława.
2. Karta rozliczenia usług w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” - edycja 2026 finansowanego ze środków budżetu Gminy Miejskiej Iława.

DYREKTOR
Centrum Usług Społecznych
w Iławie

Grażyna Kemska

WZÓR

**Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wychnieniowa” - edycja 2026
finansowanego ze środków budżetu Gminy Miejskiej Hawa**

I. Dane osoby ubiegającej się o przyznanie wsparcia (opiekuna osoby niepełnosprawnej sprawującego bezpośrednią opiekę):

Imię i nazwisko:

.....

Data urodzenia:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Telefon:

.....

E-mail:

.....

II. Dane dotyczące osoby z niepełnosprawnością, nad którą opiekun świadczy bezpośrednią opiekę:

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 oponowo – 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 ,

II. Preferowana forma wsparcia:

usługi opieki wychnieniowej, na osobę świadczącą usługi opieki wychnieniowej wskazując:

.....

/imię, nazwisko, adres, numer telefonu/

wsparcie specjalistyczne- jakie?

III. Oświadczenia:

1. Oświadczam, że osoba niepełnosprawna, w związku z opieką nad którą ubiegam się o przyznanie wsparcia) posiada ważne orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności/orzeczenie traktowane na równie do oczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub że dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności *
2. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowania przez realizatora świadczonych usług. 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”- edycja 2026 finansowanego ze środków budżetu Gminy Miejskiej Iława.
4. Oświadczam, iż aktualnie uczestniczę/nie uczestniczę * w innym programie/projekcie mającym na celu wsparcie osób z niepełnosprawnościami oraz ich rodziny w zakresie usług opiekuńczych czy usług asystencji osobistej.
5. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” - edycja 2026 finansowanego ze środków budżetu Gminy Miejskiej Iława (zgodnie z rozporządzeniem 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 (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1, z późn. zm.) oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).

Miejscowość, data

.....
(Podpis osoby opiekuna prawnego lub członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług

.....
(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

Do Karty zgłoszenia należy dołączyć kserokopie aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności

*Właściwe podkreślić

WZÓR

Karta rozliczenia usług w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2026 finansowanego ze
środków budżetu Gminy Miejskiej Ilawa

III. Dane osoby, której przyznane zostało wsparcie (opiekuna prawnego/członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej):

Imię i nazwisko:

.....

Data urodzenia:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Telefon:

E-mail:

IV. Dane dotyczące osoby niepełnosprawnej, której zostało przyznane wsparcie:

Imię i nazwisko:

.....

Data urodzenia:

.....

Adres zamieszkania:

.....

V. Informacje dotyczące realizowanych usług*:

1. Opieka wytchnieniowa
2. Wsparcie specjalistyczne (wpisać rodzaj).....

Lp.	Data realizacji usługi	Godziny realizacji usługi (od - do)	Liczba godzin	Potwierdzenie realizacji usługi przez osobę bądź placówkę, która ją realizowała	Podpis osoby objętej usługami/członka rodziny/opiekun a
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

3. Łączna liczba godzin świadczonej usługi w formie:
 Opieka wytchnieniowa
 Wsparcie specjalistyczne

4. Potwierdzam zgodność karty realizacji Programu

.....
 Data i podpis osoby reprezentującej realizatora usług

*Właściwe podkreślić

