

Załącznik do zarządzenia nr 41/2021
Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Słupsku
z dnia 25 czerwca 2021 roku

Zasady naboru i uczestnictwa w Programie „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021 w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Słupsku

§ 1

Postanowienia ogólne

1. Podstawą realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021 przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Słupsku jest umowa nr OW/532021.w sprawie wysokości i trybu przekazywania w 2021 roku środków Funduszu Solidarnościowego, zwanego dalej „Funduszem” na realizację zadania w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny, Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021 zwanego dalej „Programem”, zawarta w dniu 04.06.2021 r. w Gdańsku pomiędzy Wojewodą Pomorskim, a Powiatem Słupskim.
2. Niniejszy dokument jest zgodny z zapisami Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021 zatwierdzonego przez Ministra Rodziny i Polityki Społecznej, który określa zasady realizacji, cele oraz zakres podmiotowy i przedmiotowy Programu.
3. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Słupsku jest realizatorem Programu polegającego na świadczeniu usług opieki wytchnieniowej poprzez zapewnienie członkom rodziny lub opiekunom sprawującym bezpośrednią opiekę nad dziećmi z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji, konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji oraz osobami niepełnosprawnymi ze znacznym stopniem niepełnosprawności możliwości skorzystania ze specjalistycznego poradnictwa psychologicznego oraz wsparcia w zakresie nauki pielęgnacji, rehabilitacji i dietetyki.

§ 2

Formy wsparcia w ramach programu

1. Forma usługi oraz liczba godzin wsparcia zostanie przyznana członkowi rodziny/opiekunowi na podstawie oceny indywidualnych potrzeb określonych w karcie zgłoszenia, z uwzględnieniem możliwości ich realizacji przez Centrum.
2. Usługi świadczone będą w formie indywidualnej w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością.
3. Łączna liczba godzin opieki wytchnieniowej realizowanej w formie specjalistycznego poradnictwa psychologicznego oraz usług świadczonych w formie nauki pielęgnacji, rehabilitacji i dietetyki, z której skorzystają uczestnicy programu wynosi 10 h na osobę.
4. Termin oraz godziny usług ustalane będą z uczestnikiem.

§ 3

Adresaci Programu

1. W 2021 r. zakłada się objęcie wsparciem 8 członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad dzieckiem z orzeczeniem o niepełnosprawności lub osobą niepełnosprawną, w tym:
 - 1) 4 osób - członków rodzin/opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad dziećmi

- z orzeczeniem o niepełnosprawności,
- 2) 4 osób - członków rodzin/opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobami z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności lub z orzeczeniem równoważnym.
 2. Adresatami programu mogą być wyłącznie członkowie rodzin lub opiekunowie sprawujący bezpośrednią opiekę nad dzieckiem z orzeczeniem o niepełnosprawności lub osobą ze znacznym stopniem niepełnosprawności zamieszkujący na terenie powiatu słupskiego.

§ 4

Proces rekrutacji

1. Nabór uczestników Programu prowadzony jest przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Słupsku ul. Sienkiewicza 20 w pokoju nr 4.
2. Karty zgłoszenia uczestnictwa w programie przyjmowane będą do 10 sierpnia 2021 roku lub do wyczerpania miejsc.
3. Wzór karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytnieniowa” – edycja 2021 stanowi **załącznik nr 1** do niniejszych zasad.
4. Do karty należy dołączyć:
 - 1) kopię orzeczenia o niepełnosprawności (osoby niepełnosprawnej), którego ważność musi obejmować okres świadczenia usługi, klauzulę informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych w ramach programu „Opieka wytnieniowa”,
 - 2) deklarację formy wsparcia **załącznik nr 2**,
 - 3) fakultatywnie - kartę oceny potrzeby wsparcia w codziennym funkcjonowaniu z zastosowaniem Skali Pomiaru Niezależności Funkcjonalnej (FIM – The Functional Independence Measure **załącznik nr 3**.

§ 5

Tryb rozpatrywania

1. W przypadku złożenia niekompletnej dokumentacji (niewypełnione pola formularzy, brak załączników, brak podpisów), będzie istniała możliwość uzupełnienia braków w terminie wskazanym przez Centrum. W przypadku nieuzupełnienia braków we wskazanym terminie zgłoszenie nie będzie podlegało dalszej ocenie.
2. Pracownik Działu Rehabilitacji Społecznej Osób Niepełnosprawnych przy PCPR w Słupsku dokonuje weryfikacji formalnej karty zgłoszenia, polegającej na sprawdzeniu: kompletności złożonej karty, sprawdzeniu ważności orzeczenia. W przypadku większej liczby zgłoszeń, niż limit miejsc w programie, w pierwszej kolejności zostaną zakwalifikowane wnioski z minimalnym wynikiem karty oceny stanu dziecka/osoby niepełnosprawnej wg zmodyfikowanej skali FIM, wypełnionej przez lekarza rodzinnego Karta oceny potrzeby wsparcia w codziennym funkcjonowaniu z zastosowaniem Skali Pomiaru Niezależności Funkcjonalnej (FIM – The Functional Independence Measure) (załącznik nr 3).
3. O zakwalifikowaniu do programu decyduje liczba punktów uzyskana w powyższej karcie. W pierwszej kolejności do programu zostaną zakwalifikowani opiekunowie osób niepełnosprawnych z najniższą liczbą punktów. Gdy według powyższej zasady nie da się dokonać wyboru uczestnika decyduje okoliczność czy osoba niepełnosprawna, nad którą sprawuje bezpośrednią opiekę opiekun lub członek rodziny na stałe przebywa w domu, tj. nie korzysta z placówek pobytu całodobowego, jak np. ośrodek szkolno – wychowawczy czy internat, a w dalszej kolejności data wpływu do siedziby PCPR w Słupsku.

4. W sytuacji, gdy w terminie, o których mowa w § 4 ust. 2, do programu nie zgłosi się przewidywana liczba osób, o których mowa w § 3 niniejszych zasad, Dyrektor PCPR w Słupsku może wyznaczyć kolejny termin naboru bez konieczności wprowadzania zmian do powyższych zasad.
5. Złożenie dokumentów rekrutacyjnych nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Programie.
6. Realizator powiadomi wnioskodawcę pisemnie o podjętej decyzji o zakwalifikowaniu bądź odmowie zakwalifikowania do programu.

§ 6

Obowiązki uczestnika

1. Członek rodziny/ opiekun sprawujących bezpośrednią opiekę nad dzieckiem z orzeczeniem o niepełnosprawności lub osobą ze znacznym stopniem niepełnosprawności z dniem zakwalifikowania do programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021, uzyskuje status uczestnika Programu.
2. Uczestnik programu zobowiązany jest do:
 - 1) uczestnictwa w zaplanowanych wobec niego formach wsparcia,
 - 2) wcześniejszego poinformowania osoby świadczącej usługę o nieobecności w terminie umówionego spotkania z jednodniowym wyprzedzeniem,
 - 3) niezwłocznego informowania o wszelkich zmianach okoliczności faktycznych mogących mieć wpływ na realizację Programu,
 - 4) wypełniania dokumentów związanych z realizacją programu „Opieka wytchnieniowa” - edycja 2021,
 - 5) przestrzegania postanowień niniejszych zasad.
3. W przypadku niewywiązania się z obowiązku, o którym mowa w § 6 beneficjent traci status uczestnika programu.

§ 7

Dane osobowe

1. Administratorem przekazanych danych osobowych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Słupsku, ul. Sienkiewicza 20, 76-200 Słupsk;**
2. Dane osobowe, które są przetwarzane w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Słupsku i nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

§ 8

Postanowienia końcowe

1. Kwestie nieuregulowane w niniejszym dokumencie rozstrzygane będą przez Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Słupsku.
2. Powyższe zasady obowiązują przez czas trwania programu.
3. Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Słupsku zastrzega sobie prawo do zmiany zasad.



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



POWIAT
SŁUPSKI

zawieram do załącznika

Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021

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

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Telefon:

E-mail:

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

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Informacje na temat ograniczeń osoby niepełnosprawnej w zakresie komunikowania się lub poruszania się (wypełnia opiekun/członek rodziny, który ubiega się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej):

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

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

☐ specjalistyczne poradnictwo

☐ w godzinach ☐ w dniach

III. Oświadczenia:

1. Oświadczam, że osoba niepełnosprawna, w związku z opieką nad którą ubiegam się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej) posiada ważne orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności/orzeczenie równoważne lub że dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności*

2. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021.

3. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Opieka

wychnieniowa” – edycja 2021 (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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);

.....
Miejscowość, data

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

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług opieki wychnieniowej

.....
(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

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



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



POWIAT
SŁUPSKI

załącznik 2 do załącznika

DEKLAROWANE FORMY WSPARCIA w Programie „Opieka wychnieniowa” – edycja 2021

I. Wnoszę o udział w Programie Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej pn. „Opieka wychnieniowa” – edycja 2021 – w zakresie (wstawić „x” oraz podać ilość godzin)*:

- ☐ specjalistycznego poradnictwa psychologicznego, liczba godzin.....*
- ☐ wsparcia w zakresie nauki pielęgnacji, liczba godzin.....*
- ☐ wsparcia w zakresie nauki rehabilitacji, liczba godzin*
- ☐ konsultacji w zakresie nauki dietetyki, liczba godzin*

* Limit wsparcia wynosi łącznie 10 godzin

II. Oświadczenia

Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że:

1. Zapoznałem/łam się z treścią Programu „Opieka wychnieniowa” – edycja 2021,
2. Zostałem/am poinformowany/a, że Program „Opieka wychnieniowa” – edycja 2021 współfinansowany jest ze środków Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych,

3. Oświadczam, że jestem opiekunem/ członkiem rodziny dziecka albo osoby niepełnosprawnej, która:

- ☐ korzysta
- ☐ nie korzysta

z placówek pobytu całodobowego, jak np. ośrodek szkolno – wychowawczy czy internat.

4. Oświadczam, że:

- ☐ korzystam
- ☐ nie korzystam

z innych form pomocy usługowej, w tym: usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2019 r. poz. 1507 z późn. zm.), usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub innych źródeł.

5. Zostałem/am poinformowany/a, że udział w Programie „Opieka wychnieniowa” – edycja 2021 jest bezpłatny w zakresie 10 godzin.

6. Zamieszkuję na terenie Powiatu Słupskiego w rozumieniu Kodeksu Cywilnego.

.....
Data i podpis wnioskodawcy

zai nr 3 do zasad

Karta oceny stanu dziecka/osoby niepełnosprawnej wg zmodyfikowanej skali FIM

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

PESEL

Czynność	Stopień samodzielności	Wynik
Samoobsługa	Spożywanie posiłków	
	Dbłość o wygląd zewnętrzny	
	Kąpiel	
	Ubieranie górnej części ciała	
	Ubieranie dolnej części ciała	
	Toaleta	
Kontrola zwieraczy	Oddawanie moczu	
	Oddawanie stolca	
Mobilność	Przechodzenie z łóżka na krzesło lub wózek inwalidzki	
	Siadanie na muszli klozetowej	
	Wchodzenie pod prysznic lub do wanny	
Lokomocja	Chodzenie lub jazda na wózku inwalidzkim	
	Schody	
Komunikacja	Zrozumienie	
	Wypowiadanie się	
Świadomość społeczna	Kontakty międzyludzkie	
	Rozwiązywanie problemów	
	Pamięć	
SUMA		

Maksymalny wynik to 126 punktów, a minimalny to 18.

.....
(Miejscowość, data, podpis osoby wypełniającej Kartę)

Pomiar Niezależności Funkcjonalnej (FIM – The Functional Independence Measure) - pozwala na ocenę sprawności funkcjonalnej w zakresie samoobsługi, kontroli zwieraczy, mobilności, niezależności w zakresie lokomocji, komunikacji i świadomości społecznej.

Za każdą czynność podlegającą ocenie dziecko/osoba niepełnosprawna może otrzymać od 1 do 7 punktów:

- 7 punktów – pełna niezależność dziecka/osoby niepełnosprawnej (analizowaną czynność dziecko/osoba niepełnosprawna wykonuje bezpiecznie i szybko);
- 6 punktów – umiarkowana niezależność dziecka/osoby niepełnosprawnej (wykorzystywane są urządzenia pomocnicze);
- 5 punktów – umiarkowana niezależność dziecka/osoby niepełnosprawnej (konieczny jest nadzór lub asekuracja podczas wykonywania czynności);
- 4 punkty – potrzebna minimalna pomoc (dziecko/osoba niepełnosprawna wykonuje samodzielnie więcej niż 75% czynności);
- 3 punkty – potrzebna umiarkowana pomoc (dziecko/osoba niepełnosprawna wykonuje samodzielnie od 50 do 74% czynności);
- 2 punkty – potrzebna maksymalna pomoc (dziecko/osoba niepełnosprawna wykonuje samodzielnie od 25 do 50% czynności);
- 1 punkt – całkowita zależność (dziecko/osoba niepełnosprawna wykonuje samodzielnie mniej niż 25% czynności).

