

**Program pilotażowy „Opieka wychnieniowa” 2022
w Gminie Miejskiej Iława**



Iława, 2021

Spis treści

Wstęp	3
I. Cele Programu.....	4
II. Adresaci/uczestnicy Programu.....	4
III. Zakres podmiotowy i przedmiotowy	5
IV. Koszty Programu i terminy.....	6
V. Załączniki	6

Wstęp

Program pilotażowy „Opieka wytchnieniowa” 2022 Gminy Miejskiej Łława ma celu uzupełnienie działań wobec osób niepełnosprawnych, wymagających wysokiego poziomu wsparcia oraz ich opiekunów. Świadczenie bezpośredniej opieki nad dzieckiem lub osobą dorosłą niepełnosprawną wymaga dużego zaangażowania w sprawowanie opieki. Opiekunowie muszą podporządkować swoje sprawy i godzić je z czynnościami związanymi z opieką, co często prowadzi do ich dużego obciążenia psychofizycznego. Zarówno opiekunowie jak i osoby niepełnosprawne wymagają komplementarnego wsparcia. Diagnozując potrzeby środowiska lokalnego osób niepełnosprawnych i ich rodzin zauważono, że dotychczas realizowane działania wobec tej grupy są niewystarczające. Opiekunowie osób niepełnosprawnych wskazywali na zabezpieczenie potrzeby opieki nad osobami zależnymi w przypadku sytuacji losowej, np. pobyt w szpitalu, czy pilny wyjazd. Wskazywali też na potrzebę wsparcia ze strony specjalistów zarówno dla opiekunów jak i osób niepełnosprawnych. Dla rodzin, które mają pod opieką osobę niepełnosprawną ważną kwestią jest wprowadzanie ich w życie społeczne, tj. korzystanie z dóbr kultury, wyjazdów, wycieczek integracyjnych.

Program pilotażowy „Opieka wytchnieniowa” 2022 kierowany jest do osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności lub orzeczeniem równoważnym oraz dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności posiadające łącznie wskazania w pkt. 7 i 8 orzeczenia, a także członków rodzin lub opiekunów świadczących bezpośrednią opiekę nad nimi zamieszkujących teren miasta Łławy. Program pilotażowy realizowany jest w trzech formach: wsparcia w postaci usługi opieki wytchnieniowej, wsparcia specjalistycznego oraz wsparcia społeczno-kulturalnego. Program pilotażowy 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 pilotażowy daje możliwość skorzystania ze wsparcia specjalistycznego oraz wsparcia pozwalającego na podnoszenie swoich umiejętności i kompetencji, co przyczyni się do wzmocnienia potencjału opiekunów oraz osób niepełnosprawnych. Ważnym aspektem jest korzystanie z dóbr kultury i uczestniczenie w warsztatach artystycznych, dając czas na odpoczynek i odprężenie oraz oderwanie od problemów związanych ze zdrowiem i opieką, a także możliwość spełnienia i samorealizacji.

I. Cele Programu

Głównym celem Programu jest wsparcie:

- osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności lub orzeczeniem równoważnym,
- dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności posiadające 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,
- wsparcia społeczno-kulturalnego.

II. Adresaci/uczestnicy Programu

1. Adresatami Programu są:

- a) osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności lub orzeczeniem równoważnym¹,
- b) 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,
- c) 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.

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. 2021.573 z późn. zm.)

III. Zakres podmiotowy i przedmiotowy

1. Zakwalifikowanie do Programu odbywa się na podstawie Karty zgłoszenia do Programu, której wzór stanowi załącznik nr 1.
2. Uczestnikiem Programu jest opiekun/członek rodziny wraz z osobą niepełnosprawną/ 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 15 osób zamieszkujących teren miasta Ławy.

4. Program realizowany jest w trzech 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. 2020.1876 z późn.zm.) usługi finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego lub z innych źródeł.

Osobą świadczącą usługę opieki wytchnieniowej może być:

- osoba wskazana przez uczestnika Programu, która nie jest członkiem rodziny⁴
- osoba, która posiada co najmniej roczne udokumentowane doświadczenie w pracy z osobami niepełnosprawnymi i nie jest członkiem rodziny.

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

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.

⁴ Na potrzeby realizacji Programu za członka rodziny należy uznać rodziców, dzieci, rodzeństwo, wnuki, dziadków, teściów, macochę, ojczyma, synową, zięcia oraz inne pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z uczestnikiem Programu.

nastąpi na podstawie wypełnionej Karty rozliczenia usługi, której wzór stanowi załącznik nr 2 do Programu

3) Wsparcie społeczno-kulturalne.

Uczestnik Programu może skorzystać z dóbr kultury, m.in. kina, teatru, galerii sztuki, wystawy, warsztatów artystycznych oraz skorzystać z wyjazdów i wycieczek integracyjnych.

Uczestnik Programu może wziąć udział w spotkaniach grupy wsparcia.

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 przypada do wykorzystania kwota do 2.800,00 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 40,00 zł brutto za jedną godzinę usługi opieki wytchnieniowej i rozliczane będzie na podstawie Karty rozliczenia usług opieki wytchnieniowej, której wzór stanowi załącznik nr 2 do Programu,
- c) wynagrodzenie specjalisty rozliczane będzie na podstawie Karty rozliczenia usługi, której wzór stanowi załącznik nr 2 do Programu,
- d) rozliczenie uczestnictwa w wydarzeniach społeczno-kulturalnych dokonywane będzie na podstawie przedstawionego imiennego dokumentu potwierdzającego korzystanie ze wsparcia społeczno-kulturalnego, m.in. faktury, imiennego rachunku itp.

2. Program będzie realizowany w terminie od 1 stycznia 2022 r. do 31.12.2022 r.

V. Załączniki

1. Karta zgłoszenia do Programu pilotażowego „Opieka wytchnieniowa” 2022.
2. Karta rozliczenia usług w ramach Programu pilotażowego „Opieka wytchnieniowa” 2022

WZÓR

Karta zgłoszenia do Programu pilotażowego „Opieka wytchnieniowa” 2022

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 niepełnosprawnej, 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 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 ,

II. Preferowana forma wsparcia:

- usługi opieki wytchnieniowej
- wsparcie specjalistyczne - jakie.....
- wsparcie społeczno-kulturalne - 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 pilotażowego „Opieka wytchnieniowa” 2022.
4. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu pilotażowego „Opieka wytchnieniowa” 2022 (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 kserokopię aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności

WZÓR

Karta rozliczenia usług w ramach Programu pilotażowego „Opieka wytchnieniowa” 2022

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/opiekuna
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