

**Program „Opieka wychnieniowa” – edycja 2024
finansowany ze środków budżetu Gminy Miejskiej Hawa**



Hawa, 2024

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. Załączniki	6

Wstęp

Program „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2024 finansowany ze środków budżetu Gminy Miejskiej Łława ma na 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 z niepełnosprawnością. Dla rodzin, które mają pod opieką osobę z niepełnosprawnością ważną kwestią jest wprowadzanie ich w życie społeczne, tj. korzystanie z dóbr kultury, wyjazdów, wycieczek integracyjnych.

Program „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2024 finansowany ze środków budżetu Gminy Miejskiej Łława skierowany 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 realizowany jest w trzech formach: wsparcia w postaci usługi opieki wytchnieniowej, wsparcia specjalistycznego oraz wsparcia społeczno-kulturalnego. 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. 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 wytechnieniowej, 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 wytechnieniowej 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.
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 15 osób zamieszkujących teren miasta Ławy.

4. Program realizowany jest w trzech formach:

1) Usługi opieki wytechnieniowej.

Świadczenie usługi opieki wytechnieniowej 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 wytechnieniowej nie mogą być świadczone inne formy pomocy usługowej, w tym: usługi opiekuńcze, specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12

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. 2023.0.100 t.j.)

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

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

marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. 2023 poz.901) usługi finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego lub z innych źródeł.

Osobą świadczącą usługę opieki wytechnieniowej może być:

- osoba wskazana przez uczestnika Programu, która nie jest członkiem rodziny⁴,
- osoba, która posiada co najmniej 6-miesięczne udokumentowane doświadczenie w pracy z osobami niepełnosprawnymi i nie jest członkiem rodziny.

Rozliczenie usług opieki wytechnieniowej 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.

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 przypadają do wykorzystania środki w kwocie 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 wytechnieniowej i rozliczane będzie na podstawie Karty rozliczenia usług opieki wytechnieniowej, 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,

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.

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 2024 roku.

V. Załączniki

1. Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2024 finansowanego ze środków budżetu Gminy Miejskiej Ława.
2. Karta rozliczenia usług w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” - edycja 2024 finansowanego ze środków budżetu Gminy Miejskiej Ława.

WZÓR

**Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” - edycja 2024
finansowanego ze środków budżetu Gminy Miejskiej Ilawa**

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 mózgowie; 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 „Opieka wytchnieniowa”- edycja 2024 finansowanego ze środków budżetu Gminy Miejskiej Iława.
4. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa”- edycja 2024 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 kserokopię aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności

WZÓR

Karta rozliczenia usług w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2024 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