Załącznik Nr 1

do Zarządzenia nr 25/2023 Dyrektora MCW w Szczecinku

z dn. 6 grudnia 2023 r.

**REGULAMIN REALIZACJI USŁUGI OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ**

**W RAMACH PROGRAMU OSŁONOWEGO „SAMODZIELNI” - na lata 2023 – 2025**

***- edycja 2024***

**Postanowienia ogólne**

**§ 1**

1. Regulamin określa sposób przyznawania i wykonywania usługi opieki wytchnieniowej przez Miejskie Centrum Wsparcia w Szczecinku, realizowanej w ramach Programu Osłonowego „Samodzielni.”
2. Użyte w Regulaminie niżej wymienione określenia oznaczają:
3. MCW/Realizator — Miejskie Centrum Wsparcia w Szczecinku,
4. Program — Program osłonowy „Samodzielni” na lata 2023-2025,
5. Uczestnik Programu - odbiorca usług opieki wytchnieniowej określony w Programie,
6. opiekun- osoba realizująca usługi opieki wytchnieniowej.

**Adresaci Programu**

**§ 2**

1. Program adresowany jest do członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad dziećmi z orzeczeniem o niepełnosprawności i osobami posiadającymi orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniem niepełnosprawności, którzy wymagają usług opieki wytchnieniowej.
2. Usługi opieki wytchnieniowej przysługują w przypadku zamieszkiwania członka rodziny lub opiekuna, o których mowa w ust. 1, we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą niepełnosprawną i sprawowania całodobowej opieki nad osobą niepełnosprawną.

**Cele i założenia Programu**

**§ 3**

1. Głównym celem Programu jest wsparcie członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad:

1) dziećmi z orzeczeniem o niepełnosprawności;

2) osobami posiadającymi :

1. orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności wydane na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 100 ze zm.) lub
2. orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności (zgodnie z art. 5 i art. 62 ww. 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.
3. Usługi opieki wytchnieniowej mają za zadanie odciążenie członków rodzin lub opiekunów osób niepełnosprawnych poprzez wsparcie ich w codziennych obowiązkach lub zapewnienie czasowego zastępstwa. Dzięki temu wsparciu osoby zaangażowane na co dzień w sprawowanie opieki dysponować będą czasem, który będą mogły przeznaczyć na odpoczynek i regenerację, jak również załatwienie niezbędnych spraw. Usługi opieki wytchnieniowej mogą służyć również okresowemu zabezpieczeniu potrzeb osoby niepełnosprawnej w sytuacji, gdy opiekunowie z różnych powodów nie będą mogli wykonywać swoich obowiązków związanych z opieką nad nimi.

**Zakres usług opieki wytchnieniowej**

**§ 4**

Program jest realizowany w formie świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej.

**Realizacja usług opieki wytchnieniowej**

**§ 5**

1. Usługi opieki wytchnieniowej mogą świadczyć:
2. osoby posiadające dyplom potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie asystent osoby niepełnosprawnej/pielęgniarka lub innym, zapewniającym realizację usługi opieki wytchnieniowej w zakresie adekwatnym do indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej lub
3. osoby posiadające, co najmniej 6-miesięczne udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy/opieki osobom niepełnosprawnym, w tym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnych w formie wolontariatu itp. Posiadanie doświadczenia powinno zostać udokumentowane pisemnym oświadczeniem podmiotu, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym.
4. w przypadku gdy usługa będzie świadczona na rzecz dzieci niepełnosprawnych do 16 roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie z ww. wskazaniami, wymagane jest także

zaświadczenie o niekaralności; pisemna informacja o niefigurowaniu w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym.

2. Nie jest dopuszczalnym wskazanie na opiekuna świadczącego usługę opieki wytchnieniowej:

1. członków rodziny (na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uznać należy wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem Programu).
2. opiekunów prawnych osoby niepełnosprawnej,
3. osoby faktycznie zamieszkującej z osobą niepełnosprawną.
4. Organizator umożliwi osobie niepełnosprawnej lub członkom rodziny/opiekunom sprawującym bezpośrednią opiekę nad osobą niepełnosprawną samodzielny wybór osoby, która będzie świadczyć usługę opieki wytchnieniowej pod warunkiem, że osoba wskazana spełnia przynajmniej jeden z warunków, o których mowa w ust. 1 pkt a-b.

**§ 6**

1. Limit godzin usług opieki wytchnieniowej w 2024 r. wynosi nie więcej niż 480 godzin dla usług opieki wytchnieniowej świadczonej w ramach pobytu dziennego;
2. W godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej nie mogą być świadczone inne formy pomocy usługowej, w tym: usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, usługi finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego lub z innych źródeł.

**§ 7**

1. Realizując usługi opieki wytchnieniowej opiekun kieruje się poniższymi zasadami:
2. akceptacji – opartej na zasadach tolerancji, poszanowania godności swobody wyboru wartości celów życiowych,
3. indywidualizacji – podmiotowego podejścia do osoby niepełnosprawnej,
4. poufności, respektowania prywatności i nieujawniania informacji uzyskanych od uczestnika, bez jego wiedzy i zgody osobom trzecim (z wyłączeniem wyjątków wynikających z przepisów obowiązującego prawa),
5. prawa do samostanowienia – prawo klienta do wolności i odpowiedzialności za swoje życie

(z wyłączeniem sytuacji zagrożenia zdrowia i życia),

1. neutralności - zachowanie bezstronne i niewyrażające ocen; usługi opieki wytchnieniowej realizowane są niezależnie od poglądów i postaw przyjmowanych przez opiekunów oraz odbiorców usług, wykonaniu usługi zawsze przyświeca jej cel, niezależnie od przekonań politycznych, religijnych, ideologicznych itp.,
2. dobra rodziny i poszczególnych jej członków – uwzględnienie podczas realizacji usług korzyści poszczególnych członków środowiska rodzinnego Klienta,
3. Usługi opieki wytchnieniowej w ramach Programu realizowane będą do 15 grudnia 2024 r.
4. Udział w Programie jest bezpłatny.
5. Ilość godzin usługi ustalana jest indywidualnie, zgodnie z potrzebami uczestnika Programu oraz możliwościami organizacyjnymi MCW.

**Zgłoszenia do Programu**

**§ 8**

1. W celu zgłoszenia osoby niepełnosprawnej do programu należy wypełnić *Kartę zgłoszeniową*

do Programu osłonowego „Samodzielni„ - załącznik Nr *1 do Programu osłonowego „Samodzielni” na lata 2023-2025.*

1. Dokumentem niezbędnym do zakwalifikowania się do usługi jest aktualne orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie równoważne lub w przypadku dzieci w wieku do 16 roku życia orzeczenie o niepełnosprawności.
2. Do dokumentów należy dołączyć:
3. *Klauzulę informacyjną MCW* (Załącznik Nr 3 do Regulaminu),
4. *Zgodę na przetwarzanie danych osobowych* (Załącznik Nr 4 do Regulaminu).
5. Zgłoszenia przyjmowane w dni robocze, w godz. od 800 do 1500 w Miejskim Centrum Wsparcia w Szczecinku, ul. Połczyńska 2A w sposób ciągły, do wyczerpania limitu godzin przewidzianych w Programie**.**
6. O zakwalifikowaniu do Programu decyduje kolejność zgłoszeń.
7.  Uczestnik Programu oraz opiekun jest zapoznawany *Regulaminem realizacji usługi opieki wytchnieniowej.* w trakcie zgłoszenia chęci uczestnictwa w programie, nie później jednak niż w dniu realizacji pierwszej usługi.

**Sposób realizacji usługi opieki wytchnieniowej**

**§ 9**

1. Usługi opieki wytchnieniowej realizowane są w terminie, czasie i zakresie ustalonym pomiędzy opiekunem i uczestnikiem programu na podstawie potrzeb określonych w *Informacji uczestnika programu osłonowego „Samodzielni” Moduł I- usługa opieki wytchnieniowej-* załącznik Nr 1 do Regulaminu**.**
2. W uzasadnionych sytuacjach możliwa jest zmiana czasu i zakresu realizacji usług, jednak wymaga to poinformowania stron biorących udział w Programie co najmniej 2 dni przed terminem realizacji usługi.
3. Rozliczenie opiekuna realizującego usługi opieki wytchnieniowej dokonuje się na podstawie prawidłowo wypełnionej *Karty rozliczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu osłonowego „Samodzielni" -*załącznik Nr 2 do Regulaminu.
4. W przypadku konieczności czasowego zawieszenia realizacji usług w wyniku sytuacji losowych lub zdrowotnych odbiorcy usług (np. nagłego pobytu w szpitalu, poważnego kryzysu kondycji psychofizycznej, wypadku itp.) odbiorca jest zobowiązany poinformować o tym koordynatora niezwłocznie przed planowanym rozpoczęciem usługi.
5. Rezygnacja z Programu może nastąpić w trakcie jego trwania. Uczestnik rezygnujący z uczestnictwa w Programie jest zobowiązany do złożenia pisemnej rezygnacji.
6. W sytuacjach bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia zarówno opiekun jak i Uczestnik Programu zobowiązani są w miarę możliwości do niezwłocznego powiadomienia odpowiednich służb i koordynatora Programu.

**Pozostałe zasady realizacji usługi opieki wytchnieniowej**

**§ 10**

1. W celu zapewnienia wysokiej jakości, wykonywane usługi opieki wytchnieniowej podlegają kontroli i są monitorowane przez koordynatora Programu. Monitoring realizowany jest przez koordynatora Programu bezpośrednio w miejscu realizacji usługi, telefonicznie lub w inny uzgodniony i dogodny dla uczestnika Programu sposób.
2. Korzystanie z usług opieki wytchnieniowej oznacza zobowiązanie przez uczestnika Programu na udzielanie informacji służących kontroli i monitorowaniu jakości usług.
3. Uczestnik Programu ma prawo zgłaszać swoje uwagi, dotyczące zakresu i jakości usługi do koordynatora Programu.

**§11**

W sprawach nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie ostateczną decyzję podejmuje Dyrektor Miejskiego Centrum Wsparcia w Szczecinku.

Wykaz załączników do Regulaminu

1. Załącznik Nr 1 do Regulaminu- *Informacja uczestnika Programu osłonowego „Samodzielni” na lata 2023 - 2025;*
2. Załącznik Nr 2 do Regulaminu - *Karta rozliczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu osłonowego „ Samodzielni” na lata 2023 - 2025;*
3. Załącznik Nr 3 do Regulaminu - *Klauzula informacyjna MCW;*
4. Załącznik Nr 4 do Regulaminu - *Zgoda na przetwarzanie danych osobowych.*

*Załącznik Nr 1 do Regulaminu*

*realizacji usługi opieki wytchnieniowej* *w ramach Programu osłonowego „Samodzielni”- na lata 2023 - 2025*

*przez Miejskie Centrum Wsparcia w Szczecinku*

**INFORMACJA UCZESTNIKA PROGRAMU OSŁONOWEGO „SAMODZIELNI”**

**MODUŁ I- USŁUGA OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ**

1. **Dane osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej (opiekuna osoby niepełnosprawnej sprawującego bezpośrednią opiekę):**

Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………………………………………

Data urodzenia: ………………………………………….…………………………………………………………

Adres zamieszkania: ……………………………………..………………………………………………………………

Telefon: ……………………………………………………………………………………………………

E-mail: ………………………………………………….…………………………………………………

1. **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: ……………………………………..………………………………………………………………

**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.

**W jakich czynnościach w szczególności wymagane jest wsparcia:**

1. czynności samoobsługowe **Tak/Nie**;
2. czynności pielęgnacyjne **Tak/Nie**;
3. w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełniania ról społecznych **Tak/Nie**;
4. w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania **Tak/Nie**;
5. w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem **Tak/Nie**.

**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:**

dzienna, miejsce

…………………………………………………………………………………………………………

w godzinach …………………………………………………………………………………………………………

w dniach …………………….…………………………………………………………………………………

Do świadczenia usługi opieki wytchnieniowej wskazuję/ nie wskazuję\* Panią/a…………………………………………………………………………………………………

Nr telefonu……………………………………………………………………………………………..

**III. Oświadczenia:**

1. Oświadczam, że osoba niepełnosprawna 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 lub że dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności.
2. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług opieki wytchnieniowej oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowania przez realizatora 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 *Regulaminu realizacji usługi opieki wytchnieniowej w ramach Programu osłonowego „Samodzielni”.*
4. Oświadczam, że zapoznałem się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu.
5. Oświadczam, że w godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków Funduszu nie będą świadczone inne formy pomocy usługowej, w tym usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej inne usługi finansowane ze środków Funduszu lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie do usług opieki wytchnieniowej finansowane ze środków publicznych.
6. Oświadczam, że aktualnie uczestniczę/nie uczestniczę\* w innym Programie w zakresie usług opieki wytchnieniowej,

Szczecinek, data ……………………………

..………………………………………………………

*Podpis osoby opiekuna prawnego**lub członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej*

1. **INFORMACJA REALIZATORA**
2. Potwierdzam/ nie potwierdzam\* uprawnienie do korzystania z usług opieki wytchnieniowej.
3. Proponowana miesięczna ilość godzin usługi opieki wytchnieniowej wynosi:………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………..

*Podpis Kierownika*

\*Odpowiednie podkreślić

*Załącznik Nr 2 do Regulaminu*

*realizacji usługi opieki wytchnieniowej w ramach Programu osłonowego „Samodzielni” na lata 2023 - 2025 przez Miejskie Centrum Wsparcia w Szczecinku*

**Karta rozliczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „ Samodzielni”**

1. **Dane osoby, której przyznane zostały usługi opieki wytchnieniowej (opiekuna prawnego/członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej):**

Imię i nazwisko: ………………………………………………………………………………………………..……

Data urodzenia: ……………………………………………………………………………………………..………

Adres zamieszkania: ……………………………………………………………………………………………..………

Telefon: ………………………………………………………………………………………………..……

E-mail: …………………………………………………..............................................................................

1. **Dane dotyczące osoby niepełnosprawnej, w związku z opieką nad którą opiekunowi przyznane zostały usługi opieki wytchnieniowej**:

Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………………………………………

Data urodzenia: ……………………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania: ……………………………………………………………………………………………………

1. **Informacje dot. realizowanych usług opieki wytchnieniowej:**
2. Opieka wytchnieniowa przyznana w formie: dziennej,
3. Opieka wytchnieniowa przyznana w wymiarze: ………………………………………………..……………………………………………….
4. Miejsce realizacji usług opieki wytchnieniowej: …………………………………………………………………………………………………
5. Imię i nazwisko osoby świadczącej usługi:

…………………………………………………………………………………..……………..

| **Lp.** | **Data realizacji opieki wytchnieniowej** | **Liczba godzin świadczonej opieki wytchnieniowej** | **Podpis osoby realizującej usługę opieki wytchnieniowej** | **Podpis osoby objętej opieką wytchnieniową/członka rodziny/opiekuna** | **Uwagi** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM liczba godzin zrealizowanej opieki wytchnieniowej** | | | | | |

……………………………………………………………..

Data i podpis opiekuna

1. Potwierdzam zgodność karty realizacji Programu:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………..

Data i podpis osoby reprezentującej Realizatora usług