



ZARZĄDZENIE NR 15/2020

**Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Bytowie
z dnia 29 lipca 2020r.**

w sprawie **wprowadzenia regulaminu naboru i uczestnictwa w Programie „Opieka wychnieniowa” – edycja 2020.**

Na podstawie § 8 pkt. 3 Regulaminu Organizacyjnego Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Bytowie przyjętego uchwałą Nr 17/40/2015 Zarządu Powiatu Bytowskiego z dnia 14 kwietnia 2015r. w sprawie określenia regulaminu organizacyjnego Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Bytowie.

zarządzam, co następuje:

§ 1. Wprowadza się **Regulamin naboru i uczestnictwa w Programie Opieka wychnieniowa – edycja 2020**, który stanowi załącznik do niniejszego zarządzenia.

§ 2. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podjęcia.

DYREKTOR
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Bytowie

mgr Wojciech Kwaśniewski



Regulamin naboru i uczestnictwa w Programie „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2020

realizowanego ze środków Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych,
zwanego dalej „Funduszem Solidarnościowym”

§ 1

Postanowienia ogólne

1. Regulamin określa warunki naboru i uczestnictwa w Programie Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2020, współfinansowanego ze środków Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych.

§ 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 lub grupowej w miejscu wskazanym przez PCPR w Bytowie, z zastrzeżeniem, że forma indywidualna może być świadczona również w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością.
3. Łączna liczba godzin opieki wytchnieniowej realizowanej w formie specjalistycznego poradnictwa psychologicznego lub terapeutycznego oraz usług świadczonych w formie nauki pielęgnacji/rehabilitacji i dietetyki, z której skorzystają uczestnicy programu wynosi 15 h na osobę.
4. Terminy oraz godziny usług świadczone w formie indywidualnej ustalane będą z uczestnikiem.

§ 3

Adresaci Programu

1. W 2020r. zakłada się objęcie wsparciem 12 członków rodziny lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad dzieckiem z orzeczeniem o niepełnosprawności lub osobą niepełnosprawną, w tym:
 1. 6 osób - członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad dziećmi z orzeczeniem o niepełnosprawności,
 2. 6 osób - członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobami z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności/osobami z orzeczeniem równoważnym.



2. Adresatami programu mogą być wyłącznie członkowie rodzin lub opiekunowie sprawujący bezpośrednią opiekę nad dzieckiem z orzeczeniem o niepełnosprawności lub osobą niepełnosprawną zamieszkującą na terenie powiatu bytowskiego.

§ 4

Proces rekrutacji

1. Nabór uczestników Programu prowadzony jest przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Bytowie, ul Miła 26, 77-100 Bytów, pokój nr 1 i 2.
2. Termin przyjmowania karty zgłoszenia uczestnictwa w Programie ustala się od 03.08.2020 r. do 04.09.2020 r. lub do wyczerpania miejsc.
3. Wzór karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2020 stanowi **załącznik nr 1** do niniejszego regulaminu.
4. Do karty należy dołączyć:
 - 1) kopię orzeczenia o niepełnosprawności (osoby niepełnosprawnej), którego ważność musi obejmować okres świadczenia usługi.
 - 2) **Załącznik nr 2** do niniejszego regulaminu.

§ 5

Tryb rozpatrywania

1. W przypadku złożenia niekompletnej dokumentacji (niewypełnione pola formularzy, brak podpisów, brak załączników), będzie istniała możliwość uzupełnienia braków w terminie wskazanym przez Centrum. W przypadku nieuzupełnienia braków w wskazanym terminie zgłoszenie nie będzie podlegało dalszej ocenie.
2. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Bytowie dokonuje weryfikacji karty pod względem formalnym na podstawie kompletu dokumentów złożonych przez Wnioskodawcę.
3. Pracownik Działu Rehabilitacji Społecznej Osób Niepełnosprawnych przy PCPR w Bytowie dokonuje weryfikacji formalnej karty, polegającej na sprawdzeniu:
 - 1) kompletności złożonej karty,
 - 2) sprawdzeniu ważności orzeczenia.
4. W przypadku większej liczby zgłoszeń, niż limit miejsc w programie, wnioskodawca zostanie zobowiązany do dostarczenia karty oceny stanu dziecka/osoby niepełnosprawnej wg zmodyfikowanej skali FIM, wypełnionej przez lekarza rodzinnego/lekarza rehabilitacji medycznej/fizjoterapeutę/pielęgniarkę stanowiącej **załącznik nr 4** do niniejszego regulaminu. 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 (poniżej 75 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 Bytowie.
5. 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 niniejszego regulaminu, Dyrektor PCPR w Bytowie ma prawo wyznaczyć kolejny 14 dniowy termin naboru bez konieczności wprowadzania zmian do regulaminu.



6. Złożenie dokumentów rekrutacyjnych nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Programie.
7. Realizator powiadomi wnioskodawcę pisemnie o podjętej decyzji dot. zakwalifikowani bądź odmowie zakwalifikowania do programu. Decyzje o zakwalifikowaniu lub odmowie nie są decyzjami w rozumieniu przepisów Kodeksu Postępowania Administracyjnego.
8. Osoba zakwalifikowana do programu zobowiązana będzie do złożenia deklaracji uczestnictwa w programie stanowiącej **załącznik nr 3** do niniejszego regulaminu.

§ 6

Obowiązki uczestnika

1. Członek rodziny/ opiekun sprawujących bezpośrednią opiekę nad dzieckiem z orzeczeniem o niepełnosprawności lub osobą niepełnosprawną z dniem zakwalifikowania do programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2020, 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,
 - 3) niezwłocznego informowania o wszelkich zmianach okoliczności faktycznych mogących mieć wpływ na realizację Programu,
 - 4) wypełniania dokumentów związanych z realizacją programu ‘Opieka wytchnieniowa’ - edycja 2020,
 - 5) przestrzegania zasad niniejszego regulaminu.
3. W przypadku niewywiązania się z obowiązku, o którym mowa w § 5 ust.8 beneficjent traci status uczestnika programu.

§ 7

Dane osobowe

1. Administratorem przekazanych danych osobowych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Bytowie, ul. Miła 26, 77-100 Bytów;**
2. Z Inspektorem ochrony danych można kontaktować się e-mailowo: pod adresem - iod@pcprbytow.pl
3. Administrator danych przetwarza dane osobowe w celu realizacji złożonego wniosku i obowiązków wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
4. Podstawą przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit c Rozporządzenia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych);
5. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i osoba, której dane dotyczą, jest zobowiązana do ich podania. Odmowa podania danych osobowych skutkować będzie konsekwencjami określonymi w ustawach wskazanych w pkt 3;



6. Dane osobowe przetwarzane będą przez okres wynikający z przepisów określonych w pkt 3 oraz z obowiązku ich archiwizowania;
7. Osoby, których dane osobowe są przetwarzane, posiadają prawo dostępu do danych osobowych dotyczących ich osoby, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych;
8. Osoby, których dane osobowe są przetwarzane mają prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
9. Dane osobowe, które są przetwarzane w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Bytowie 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 Bytowie.
2. Regulamin obowiązuje przez czas trwania programu.
3. Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Bytowie zastrzega sobie prawo do zmiany regulaminu.
4. Regulamin programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2020 podano do publicznej wiadomości na stronie internetowej Starostwa Powiatowego w Bytowie i Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Bytowie oraz udostępniono w siedzibie tych instytucji.
5. Program realizowany będzie przez Dział Rehabilitacji Społecznej Osób Niepełnosprawnych.

DYREKTOR
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Bytowie
mgr Wojciech Kwaśniewski

Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wychnieniowa” – edycja 2020

I. Dane osoby niepełnosprawnej lub członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej (dot. specjalistycznego poradnictwa) :

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Telefon:

E-mail:

Informacje na temat ograniczeń osoby niepełnosprawnej w zakresie komunikowania się lub poruszania się:

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

II. Dane opiekuna prawnego osoby niepełnosprawnej (jeśli dotyczy):

Imię i nazwisko:

Telefon:.....

E-mail:.....

III. Preferowana forma, wymiar i miejsce świadczenia usług opieki wychnieniowej:

dzienna, miejsce..... *

całodobowa, miejsce*

specjalistyczne poradnictwo

w godzinach w dniach

V. Oświadczenia:

1. Oświadczam, że posiadam 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 wychnieniowa” – edycja 2020.

3. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Opieka wychnieniowa” - edycja 2020 (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27

Oh

kwietnia 2016 roku oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000).

Miejscowość, data

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

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług opieki wytchnieniowej

.....
(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

*Należy wpisać miejsce wymienione w treści Programu „Opieka wytchnieniowa”- edycja 2020:

- 1) Świadczenie usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego w:
 - a) miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej,
 - b) ośrodka wsparcia prowadzonym jako zadanie własne samorządu,
 - c) innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu lub jego opiekuna, które otrzyma pozytywną opinię gminy/powiatu realizującego Program.
- 2) Świadczenie usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu całodobowego w:
 - a) ośrodka wsparcia prowadzonym jako zadanie własne samorządu,
 - b) ośrodki/placówce zapewniającym całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym wpisaną do rejestru właściwego wojewody
 - c) miejscu wskazanym przez uczestnika Programu lub jego opiekuna, które otrzyma pozytywną opinię gminy/powiatu realizującego Program.

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

Oh!



Preferencje dotyczące specjalistycznego poradnictwa

1. Dane członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Telefon:

2. Rodzaj i wymiar świadczenia usług opieki wytchnieniowej w formie specjalistycznego poradnictwa (max. 15h):

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> poradnictwo psychologiczne | – liczba godzin |
| <input type="checkbox"/> poradnictwo terapeutyczne | – liczba godzin |
| <input type="checkbox"/> nauka pielęgnacji | – liczba godzin |
| <input type="checkbox"/> nauka rehabilitacji | – liczba godzin |
| <input type="checkbox"/> konsultacje dietetyczne | – liczba godzin |

3. Czy dziecko/ osoba niepełnosprawna przebywa w placówce całodobowe?

- NIE TAK, w jakiej

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

KLAUZULA INFORMACYJNA

o przetwarzaniu danych osobowych w związku z ubieganiem się o świadczenie usług w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa”- moduł III-edycja 2020

1. Administratorem przekazanych danych osobowych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Bytowie, ul. Miła 26, 77-100 Bytów;**
2. Z Inspektorem ochrony danych można kontaktować się e-mailowo: pod adresem - iod@pcprbytow.pl
3. Administrator danych przetwarza dane osobowe w celu realizacji złożonego wniosku i obowiązków wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;



4. Podstawą przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit c Rozporządzenia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych);
5. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i osoba, której dane dotyczą, jest zobowiązana do ich podania. Odmowa podania danych osobowych skutkować będzie konsekwencjami określonymi w ustawach wskazanych w pkt 3;
6. Dane osobowe przetwarzane będą przez okres wynikający z przepisów określonych w pkt 3 oraz z obowiązku ich archiwizowania;
7. Osoby, których dane osobowe są przetwarzane, posiadają prawo dostępu do danych osobowych dotyczących ich osoby, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych;
8. Osoby, których dane osobowe są przetwarzane mają prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
9. Dane osobowe, które są przetwarzane w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Bytowie i nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.



DEKLARACJA UCZESTNICTWA

Ja, niżej podpisany/a _____
dobrowolnie deklaruje swój udział w Programie „Opieka wytchnieniowa”- edycja 2020,
Moduł III oraz oświadczam, że:

1. Zostałem/am poinformowany/a, że uczestniczę w Programie współfinansowanym ze środków Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych.
2. Zapoznałem/am się z regulaminem naboru i uczestnictwa w Programie „Opieka wytchnieniowa”-edycja 2020
3. Zostałem/am poinformowany/a, że udział w formach wsparcia określonych w regulaminie naboru i uczestnictwa w Programie „Opieka wytchnieniowa”- edycja 2020 jest bezpłatny w zakresie 15 godzin.
4. Otrzymałem/am egzemplarz programu Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2020.
5. Zostałem poinformowany o prawach i obowiązkach wynikających z programu „opieka wytchnieniowa” – edycja 2020.
6. W godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej nie są świadczone inne formy 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 2019r. poz. 1507, z późn. zm.), usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub z innych źródeł.

Jednocześnie zobowiązuję się do:

1. uczestnictwa w zaplanowanych wobec niego formach wsparcia,
2. wcześniejszego poinformowania osoby świadczącej usługę o nieobecności w terminie umówionego spotkania,
3. niezwłocznego informowania o wszelkich zmianach okoliczności faktycznych mogących mieć wpływ na realizację Programu,
4. wypełniania dokumentów związanych z realizacją programu ‘Opieka wytchnieniowa’ - edycja 2020,
5. przestrzegania zasad niniejszego regulaminu.

Bytów, dnia _____

Podpis

Pouczenie. Oświadczam, że dane zawarte w deklaracji jak również w innych dokumentach złożonych w ramach realizacji Programu są zgodne z prawdą.

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 lekarza rodzinnego/ lekarza rehabilitacji medycznej/fizjoterapeuty/pielęgniarki)

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).