

PROCEDURY REALIZACJI do Programu Opieka Wytchnieniowa – edycja 2021

I. Zakres podmiotowy i przedmiotowy

Program dotyczy wsparcia w zakresie świadczenia usług opieki wytchnieniowej, w formie:

- a) specjalistycznego poradnictwa (tj. psychologicznego lub terapeutycznego)
- b) zapewnienie wsparcia w zakresie nauki pielęgnacji / rehabilitacji i dietetyki
- dla członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad dziećmi z orzeczeniem o niepełnosprawności lub nad osobami ze znacznym stopniem niepełnosprawności/osobami z orzeczeniem równoważnym.

W pierwszej kolejności uwzględnia się potrzeby członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad dzieckiem z orzeczeniem o niepełnosprawności lub osobą ze znacznym stopniem niepełnosprawności lub z orzeczeniem równoznacznym, która:

- a) ma niepełnosprawność sprzężoną/złożoną,
- b) wymaga wysokiego poziomu wsparcia,
- c) stale przebywa w domu, tj. nie korzysta z ośrodka wsparcia lub placówek pobytu całodobowego, np. ośrodka szkolno-wychowawczego czy internatu.

II. Wniosek o wsparcie

1. Podstawą decyzji o przyznaniu osobie poradnictwa jest złożony wniosek stanowiący załącznik nr 1 do Procedur wraz z załącznikami, które potwierdzają możliwość uczestnictwa w programie. Za kompletny wniosek uważa się wniosek zawierający wszystkie wymagane dane wraz z kompletem wymaganych załączników.

2. Do wniosku muszą być dołączone co najmniej następujące załączniki:

- 1) kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia o niepełnosprawności (osoby do 16 roku życia),
- 2) Kartę pomiaru niezależności funkcjonalnej wg. skali FIM, zgodnie z załącznikiem nr 2 do Procedur, którą uzupełnia lekarz rodzinny/lekarz rehabilitacji medycznej/fizjoterapeuta/pielęgniarka.

III. Decyzja o wsparcie

1. Decyzję o przyznaniu bądź odmowie przyznania wnioskowanej pomocy podejmuje dyrektor PCPR. Decyzja powinna być rejestrowana w odpowiedniej rubryce formularza wniosku wraz z datą jej podjęcia.

2. Decyzja o przyznaniu pomocy jest podstawą zawarcia umowy ze specjalistami świadczącymi pomoc.

3. Za rozliczenie przyznanej usługi opieki wytchnieniowej w formie specjalistycznego poradnictwa (psychologicznego lub terapeutycznego) oraz wsparcia w zakresie nauki pielęgnacji / rehabilitacji i dietetyki, uznaje się prowadzenie i złożenie w PCPR ewidencji przyznanych godzin przez wykonawcę pomocy, zgodnie z załącznikiem nr 3 do Procedur.

VI. Kontrola

Pracownicy PCPR mają prawo kontroli wykorzystania przyznanej pomocy oraz prawidłowości, rzetelności i zgodności ze stanem faktycznym danych zawartych w dokumentach, stanowiących podstawę rozliczenia dofinansowania. Kontrola może być prowadzona w całym okresie przechowywania dokumentów, na podstawie których pomoc została przyznana.

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):
.....
.....
.....

III. Preferowana forma i wymiar świadczenia usług opieki wytchnieniowej:

- specjalistyczne poradnictwo
- nauki pielęgnacji/rehabilitacji/dietetyki
- w godzinach w dniach

IV. 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 wytchnieniowa” – edycja 2021 (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).

....., data

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

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług opieki wytchnieniowej

.....
(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

Decyzja o przyznaniu wsparcia:

Przyznaję/odmawiam wsparcie w formie:..... w ilościgodzin

.....
(Data i podpis dyrektora)

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

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).

Karta realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021**I. 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:

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

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

III. Informacje dot. realizowanych usług opieki wytchnieniowej:

1. Opieka wytchnieniowa przyznana w formie: specjalistycznego poradnictwa, nauki pielęgnacji/rehabilitacji/dietetyki*

2. Opieka wytchnieniowa przyznana w wymiarze:

.....

3. Miejsce realizacji usług opieki wytchnieniowej:

.....

Lp.	Data realizacji opieki wytchnieniowej	Miejsce realizacji opieki wytchnieniowej	Godziny realizacji opieki wytchnieniowej	Liczba godzin świadczonej opieki wytchnieniowej	Potwierdzenie realizacji usługi opieki wytchnieniowej przez osobę bądź placówkę, która ją realizowała	Podpis osoby objętej opieką wytchnieniową/członka rodziny/opiekuna
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						

4. Łączna liczba godzin świadczonej opieki wytchnieniowej w formie:

- specjalistycznego poradnictwa wynosi godzin
- nauki pielęgnacji/rehabilitacji/dietetyki wynosigodzin

5. Potwierdzam zgodność karty realizacji Programu

.....
Data i podpis osoby reprezentującej realizatora usług

Potwierdzam do wypłaty kwotę:

.....
(Data i podpis pracownika PCPR)

*Należy podkreślić realizowaną formę usług