



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej



Załącznik Nr 1 do Regulaminu
naboru i uczestnictwa w Programie
„Opieka wychnieniowa” - edycja 2023

Bełchatów, dnia

Imię i Nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

Numer telefonu

WNIOSEK

o świadczenie usług w ramach Programu „Opieka wychnieniowa”- edycja 2023

Wnioskuje o udział w Programie Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wychnieniowa” – edycja 2023 w ramach:

- **pobytu dziennego w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej w wymiarze godzin**

Oświadczam, iż jestem członkiem rodziny/opiekunem * pozostającym we wspólnym gospodarstwie domowym sprawującym bezpośrednią i wyłączną opiekę nad
(należy wstawić „X” we właściwej rubryce) :

- ☐ dzieckiem do 16 roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności
- ☐ osobą ze znacznym stopniem niepełnosprawności

Załączniki wymagane do wniosku :

- ☐ kopia orzeczenia o niepełnosprawności
- ☐ karta zgłoszenia do Programu „Opieka wychnieniowa”- edycja 2023
- ☐ karta oceny stanu dziecka/ osoby niepełnosprawnej wg zmodyfikowanej skali FIM
- ☐ deklaracja uczestnictwa w Programie

.....
Podpis Uczestnika Programu *

*niepotrzebne skreślić



Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2023

I. 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:

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:

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 ☐.

W jakich czynnościach w szczególności wymagane jest wsparcie:

- 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):

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



III. Forma, wymiar i miejsce świadczenia usług opieki wytchnieniowej:

- ☐ dzienna, miejsce.....*
- ☐ w godzinach.....
- ☐ w dniach.....

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 monitorowanie 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 Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2023.
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 (Dz. U. z 2021 r. poz. 2268, z późn. zm.), 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 resortowym Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej w zakresie usług opieki wytchnieniowej, w tym w Programie Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnościami. W ramach innego Programu przyznano mi (wpisać liczbę godzin) godzin opieki wytchnieniowej.
- 7.

Miejscowość, data

.....
Podpis osoby 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 2023:

- 1) świadczenia usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego w: miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością, ośrodka wsparcia, innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu lub realizatora Programu spełniające kryteria dostępności, które otrzyma pozytywną opinię gminy/powiatu, domu pomocy społecznej na podstawie przyjętej przez gminę lub powiat uchwały, Centrum Opiekuńczo Mieszkalnym (COM);
- 2) świadczenia usługi opieki wytchnieniowej, w ramach pobytu całodobowego w: ośrodku wsparcia, ośrodku/placówce wpisanej do rejestru właściwego wojewody zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu lub realizatora Programu spełniające kryteria dostępności, które otrzyma pozytywną opinię gminy/powiatu, domu pomocy społecznej na podstawie przyjętej przez gminę lub powiat uchwały lub Centrum Opiekuńczo Mieszkalnym (COM).

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

*** odpowiednie skreślić

Karta pomiaru niezależności funkcjonalnej wg zmodyfikowanych kryteriów oceny – Skali FIM wraz z dodatkową informacją do wzoru karty pomiaru niezależności funkcjonalnej według zmodyfikowanych kryteriów oceny

(kartę wypełnia: lekarz rodzinny/lekarz rehabilitacji medycznej/ fizjoterapeuta/pielęgniarka)

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 punktów.

.....
(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).



Dodatkowo informacja dot. oceny potrzeby wsparcia w codziennym funkcjonowaniu z zastosowaniem Skali Pomiaru Niezależności Funkcjonalnej (FIM – The Functional Independence Measure).

Cel:

Ocena poziomu samodzielności osoby niepełnosprawnej w codziennym funkcjonowaniu, a tym samym zakresu oraz intensywności niezbędnego wsparcia, w celu określenia psychofizycznego obciążenia opiekuna i wskazania potrzeby skorzystania w pierwszej kolejności z usług opieki wytchnieniowej.

Dla precyzyjnego zrozumienia jakiego rodzaju aktywności podlegają ocenie wprowadza się podział badanych obszarów aktywności na 3 obszary w oparciu o Międzynarodową Klasyfikację Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) oraz pomocniczy opis badanych aktywności za pomocą kategorii ICF.

ICF (2001 r.) jest rekomendowanym przez WHO narzędziem do całościowego opisu funkcjonowania osób niepełnosprawnych lub osób dotkniętych trwałym obniżeniem stanu zdrowia, pozwalającym na zarejestrowanie wszystkich aspektów tego funkcjonowania, jak zaburzenia funkcji i struktur ciała, ograniczenia w podejmowaniu indywidualnej aktywności oraz społecznym zaangażowaniu, z uwzględnieniem wpływu czynników środowiskowych oraz osobowych.

Wprowadzenie tego podziału pozwoli również na rzetelność pomiaru oraz ustalenie rzetelnych kryteriów pierwszeństwa w dostępie do usług opiekuńczych osobom o największych potrzebach, poprzez przypisanie wag punktowych, gdzie uwzględnione zostaną potrzeby osób z niepełnosprawnością intelektualną, spektrum autyzmu oraz niepełnosprawnością, której podłożem są choroby psychiczne.

Wprowadzenie dookreślenia opisu aktywności podlegających ocenie w oparciu o kategorie ICF ma na celu ułatwienie osobom, które będą przeprowadzały badanie precyzyjne odniesienie dziedzin ze skali FIM do konkretnych obszarów funkcjonowania – czynności lub funkcji.

Przykład:

Dziedzina „Kontrola zwieraczy” odnosi się nie do czynności podejmowanych przez badanego, ale do funkcji organizmu związanych z kontrolowaniem defekacji oraz kontrolowaniem oddawania moczu.

Ograniczenia dotyczące podejmowania czynności związanych z wypróżnianiem się i oddawaniem moczu podlegają ocenie w ramach dziedziny „Toaleta”.

Rozróżnienia te zarejestrować można dzięki zastosowaniu kategorii ICF, gdzie kategorie b5253 Kontrolowanie oddawania stolca oraz b6202 Zdolność utrzymania moczu odnoszą się do odpowiednich funkcji ciała, natomiast kategoria d530 Korzystanie z toalety określa zespół aktywności, takich jak: sygnalizowanie potrzeby, zajmowanie odpowiedniej pozycji, manipulowanie ubraniem przed i po, higiena po, które wiążą się z wypróżnianiem się i oddawaniem moczu.

Podobnie w przypadku obszaru „Świadomość społeczna”, gdzie znajdują się zarówno dziedziny dotyczące aktywności, jak „Kontakty międzyludzkie” oraz odnoszące się do funkcji ciała, jak „Pamięć”.

Oceniane obszary aktywności - opis z zastosowaniem kategorii ICF:

Dbanie o siebie:

1. „Samoobsługa”
2. „Kontrola zwieraczy”
 1. „Samoobsługa”
 - 1.1. „Spożywanie posiłków” - d550 Jedzenie, d560 Picie
 - 1.2. „Dbałość o wygląd zewnętrzny” – d5100 Mycie pojedynczych części ciała, d520 Pielęgnowanie poszczególnych części ciała (skóra, włosy, zęby, paznokcie)
 - 1.3. „Ubieranie górnej części ciała” – d5400 Zakładanie ubrania, d5401 Zdejmowanie ubrania
 - 1.4. „Ubieranie dolnej części ciała” – d5400 Zakładanie ubrania, d5401 Zdejmowanie ubrania, d5402 Zakładanie obuwia, d5403 Zdejmowanie obuwia
 - 1.5. „Kąpiel” - d5101 Mycie całego ciała
 - 1.6. „Toaleta” - d530 Korzystanie z toalety (sygnalizowanie potrzeby, zajmowanie odpowiedniej pozycji, manipulowanie ubraniem przed i po, higiena po)
2. „Kontrola zwieraczy”
 - 2.1. „Oddawanie moczu” - b6202 Zdolność utrzymania moczu: Funkcje sprawowania kontroli nad oddawaniem moczu
 - 2.2. „Oddawanie stolca” - b5253 Kontrolowanie oddawania stolca: funkcje związane z świadomym panowaniem nad czynnością wydalania

Poruszanie się:

3. „Mobilność”
4. „Lokomocja”
 3. „Mobilność”
 - 3.1 „Przechodzenie z łóżka na krzesło lub wózek inwalidzki” - d4200 Przemieszczanie się w pozycji siedzącej,



3.2 „Siadanie na muszli klozetowej” – d4103 Siedzenie: Przyjmowanie pozycji siedzącej i zmienianie pozycji ciała z siedzącej na każdą inną pozycję np. stojącą lub leżącą, d4104 Stanie Przyjmowanie pozycji stojącej lub zmienianie pozycji ciała ze stojącej na każdą inną pozycję np. leżącą lub siedzącą.

3.3 „Wchodzenie pod prysznic lub do wanny” - d4551 Wspinanie się (schody, krawężniki, inne przeszkody/obiekty)

4. „Lokomocja”

4.1. „Chodzenie lub jazda na wózku inwalidzkim” - d450 Chodzenie, d465 Poruszanie się przy pomocy sprzętu (wózek inwalidzki)

4.2. „Schody” - d4551 Wspinanie się (schody, krawężniki, inne przeszkody/obiekty)

Funkcjonowanie społeczne:

5. „Komunikacja”

6. „Świadomość społeczna”

5. „Komunikacja”

5.1. „Zrozumienie” - d310 Porozumiewanie się – odbieranie - wiadomości ustne, d315 Porozumiewanie się – odbieranie - wiadomości niewerbalne

5.2. „Wypowiadanie się” - d330 Mówienie, d335 Tworzenie wiadomości niewerbalnych, d350 Rozmowa

6. „Świadomość społeczna”

6.1. „Kontakty międzyludzkie”

d710 Podstawowe kontakty międzyludzkie (Nawiązywanie kontaktów z ludźmi w sposób odpowiedni do sytuacji i akceptowany społecznie),

d720 Złożone kontakty międzyludzkie (Utrzymywanie i kontrolowanie wzajemnych kontaktów z innymi ludźmi, w sposób odpowiedni do danej sytuacji i akceptowany społecznie tak jak np. kontrolowanie emocji i odruchów, kontrolowanie werbalnej i fizycznej agresji, działanie niezależne od relacji społecznych, działanie zgodnie z zasadami i zwyczajami społecznymi)

6.2. „Rozwiązywanie problemów”

d175 Rozwiązywanie problemów: Znajdowanie odpowiedzi na pytania lub sytuacje poprzez identyfikowanie i analizowanie problemów, ustalanie możliwych rozwiązań i ocenianie potencjalnych skutków tych rozwiązań a następnie wdrażanie wybranego rozwiązania, jak np. rozstrzyganie sporu pomiędzy dwoma osobami.

d210 Podejmowanie pojedynczego zadania: Wykonywanie prostych lub złożonych, skoordynowanych czynności umysłowych i fizycznych będących elementami realizacji pojedynczego zadania, jak np. inicjowanie zadania, ustalanie czasu, miejsca i materiałów potrzebnych do wykonania zadania, kolejne kroki wykonania zadania, realizowanie zadania, finalizowanie zadania i kontynuowanie wykonywania zadania

d230 Realizowanie dziennego rozkładu zajęć: Podejmowanie prostych lub złożonych i skoordynowanych działań, związanych z planowaniem, ustalaniem i spełnianiem czynności wynikających z codziennego rozkładu zajęć i obowiązków. jak np. gospodarowanie czasem lub planowanie poszczególnych czynności wykonywanych w ciągu dnia

6.3. „Pamięć” - b144 Funkcje pamięci: Swoiste funkcje psychiczne umożliwiające rejestrowanie i przechowywanie informacji oraz - w razie potrzeby – odtwarzanie jej

„Rozwiązywanie problemów” doprecyzowane zostało przez 3 kategorie ICF ze względu na fakt, iż trafnie opisują poznawcze i psychologiczne podłoże podejmowania zadań związanych z codziennym funkcjonowaniem wraz z reagowaniem na pojawiające się trudności. Kategorie te nie odnoszą się do potocznie rozumianej sprawności, dlatego trafnie opisują funkcjonowanie osób z niepełnosprawnością intelektualną, spektrum autyzmu, czy też niepełnosprawnością mającą swoje podłoże w chorobie psychicznej.

Rejestrowanie wyników badania/oceny/pomiaru samodzielności

7 punktów – pełna niezależność (osoba wykonuje czynność bezpiecznie i szybko)

6 punktów – umiarkowana niezależność (wykorzystywane są urządzenia pomocnicze)

5 punktów – umiarkowana niezależność (konieczny jest nadzór lub asekuracja podczas wykonywania czynności)

4 punkty – potrzebna minimalna pomoc (osoba wykonuje samodzielnie więcej niż 75% czynności)

3 punkty – potrzebna umiarkowana pomoc (osoba wykonuje samodzielnie od 50 do 74% czynności)

2 punkty – potrzebna maksymalna pomoc (osoba wykonuje samodzielnie od 25 do 50% czynności)

1 punkt – całkowita zależność (osoba wykonuje samodzielnie mniej niż 25 % czynności)

Wyniki oceny dla każdego z obszarów aktywności:

Samoobsługa – 6 czynności, punktacja od 6 pkt do 42 pkt.

Kontrola zwieraczy – 2 czynności/funkcje, punktacja od 2 pkt do 14 pkt.

Mobilność – 3 czynności, punktacja od 3 pkt do 21 pkt.

Lokomocja – 2 czynności, punktacja od 2 pkt do 14 pkt.

Komunikacja - 2 czynności, punktacja od 2 pkt do 14 pkt.

Świadomość społeczna - 3 czynności/funkcje, punktacja od 3 pkt do 21 pkt.

Kryteria oceny uprawniającej do korzystania z usług w pierwszej kolejności



1. Maksymalna łączna ocena poziomu samodzielności w obszarach odnoszących się do wykonywania czynności codziennych oraz poruszania się (obszary 1- 4) wynosi 91 pkt, przy minimalnej ocenie 13 pkt.
2. Maksymalna łączna ocena poziomu funkcjonowania społecznego obejmującego komunikację, nawiązanie i utrzymywanie relacji z innymi osobami, rozwiązywanie problemów i pamięć (obszary 5 – 6), wynosi 35 pkt, przy minimalnej ocenie 5 pkt.
3. Ocena - 3 pkt opisuje osobę, która wymaga pomocy w co najmniej 25% - 50% czynności składających się na daną aktywność oraz w podejmowaniu danej aktywności w co najmniej 25% - 50% czasu swojego codziennego rozkładu zajęć.
4. Ocena 4 pkt oznacza konieczność udzielania pomocy osobie w mniej niż 25% czynności oraz w mniej niż 25% czasu swojego codziennego rozkładu zajęć.
5. Ocena 5 pkt opisuje osobę wymagającą monitoringu i asekuracji, natomiast przy ocenie 6 pkt samodzielność jest osiągana dzięki zastosowaniu przedmiotów i urządzeń kompensacyjno – asystujących.
6. W celu rzetelnej oceny i ustalenia kryteriów kwalifikacji w pierwszej kolejności do usług osób o największym stopniu obciążonych sprawowaniem opieki, gdzie zostaną uwzględnione potrzeby opiekunów sprawujących opiekę nad osobami z niepełnosprawnością intelektualną, osobami ze spektrum autyzmu i osobami z niepełnosprawnością uwarunkowaną chorobami psychicznymi.

Przykład I

Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną: 05-R Upośledzenie narządu ruchu, 10-N Choroby neurologiczne, 01-U Upośledzenie umysłowe.

Osoba doświadcza trudności w funkcjonowaniu we wszystkich obszarach funkcjonowania. Wynikiem uprawniającym do uzyskania dostępu przez opiekuna do usług opieki wytchnieniowej w pierwszej kolejności jest ocena mniejsza lub równa 54 pkt. Oznacza to uzyskanie oceny w każdej z badanych aktywności/funkcji nie większej niż 3 pkt.

Przykład II

Osoba z niepełnosprawnością ruchową: 05-R Upośledzenie narządu ruchu, 10-N Choroby neurologiczne.

Osoba doświadcza trudności w obszarze wykonywania czynności dnia codziennego oraz w poruszaniu się i jednocześnie nie doświadcza lub doświadcza w niewielkim stopniu problemów w funkcjonowaniu w wymiarze społecznym.

Wynikiem uprawniającym do uzyskania dostępu przez opiekuna do usług opieki wytchnieniowej w pierwszej kolejności jest ocena mniejsza lub równa 39 pkt w zakresie dbania o siebie i poruszania się (ocena w każdej z badanych aktywności/funkcji nie większej niż 3 pkt) Natomiast w zakresie funkcjonowania społecznego można sobie wyobrazić uzyskanie maksymalnej oceny 35 pkt, czyli łącznej oceny 74 pkt.

W przypadku funkcjonowania społecznego niższa ocena może dotyczyć „Kontaktów międzyludzkich”

Przykład III

Osoba z niepełnosprawnością intelektualną: 01-U Upośledzenie umysłowe.

Wynikiem uprawniającym do uzyskania dostępu przez opiekuna do usług opieki wytchnieniowej w pierwszej kolejności jest ocena mniejsza lub równa 15 pkt w zakresie funkcjonowania społecznego (ocena w każdej z badanych aktywności/funkcji nie większej niż 3 pkt) Natomiast w zakresie dbania o siebie i poruszania się można sobie wyobrazić uzyskanie maksymalnej oceny 91 pkt, czyli łącznej oceny 106 pkt.

W przypadku dbania o siebie można sobie wyobrazić niższą ocenę w zakresie „Dbałości o wygląd zewnętrzny” oraz „Toalecie”.

Optymalnym rozwiązaniem jest ustalenie średniej wartości punktowej, która będzie charakteryzować największą grupę osób z jednoczesnym wyznaczeniem wag, pozwalających na uwzględnienie potrzeb osób o innej charakterystyce trudności w codziennym funkcjonowaniu.

Łączna wartość oceny kwalifikującej do usług w pierwszej kolejności:

1. 74 pkt w przypadku osób ,których niepełnosprawność określona została za pomocą następujących symboli niepełnosprawności: 04-0 Choroby narządu wzroku, 05-R Upośledzenie narządu ruchu, 06-E Epilepsja, 07-S Choroby układu krążenia, 08-T Choroby układu pokarmowego, 09-M Choroby układu moczowo – płciowego, 10-N Choroby neurologiczne, 11-I INNE, w tym schorzenia endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego.
Nawet przy dużym zróżnicowaniu w zakresie trudności w poszczególnych obszarach funkcjonowania w przypadku osób o określonym podłożu niepełnosprawności, wartość 74 pkt pozwala w rzetelny sposób uzależnić dostęp do usług przy odpowiednim poziomie psychofizycznego obciążenia opiekuna.
2. Waga 1,37 w przypadku osób, u których w orzeczeniu wskazany został więcej niż 1 symbol niepełnosprawności, określający niepełnosprawność sprzężoną, czyli 01-U Upośledzenie umysłowe, 02-P Choroby psychiczne, 12-C Całościowe zaburzenia rozwojowe oraz dodatkowo 04-0 Choroby narządu wzroku lub 05-R Upośledzenie narządu ruchu, czy też 05-R Upośledzenie narządu ruchu oraz dodatkowo 04-0 Choroby narządu wzroku.

Waga 0,7 w przypadku osób z niepełnosprawnością intelektualną, niepełnosprawnością uwarunkowaną chorobą psychiczną oraz osobami ze spektrum autyzmu, z wskazaniami z orzeczeniu następujących symboli przyczyny niepełnosprawności: 01-U Upośledzenie umysłowe, 02-P Choroby psychiczne, 12-C Całościowe zaburzenia rozwojowe.



Deklaracja uczestnictwa w Programie „Opieka wytchnieniowa”- edycja 2023

Ja, niżej podpisany/a.....oświadczam, że osoba niepełnosprawna.....
nad którą sprawuję opiekę:

1. korzysta z pomocy usługowej, w tym: usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (Dz.U. z 2021 r., poz. 2268 z późn.zm.), usług finansowych w ramach Funduszu Solidarnościowego lub z innych źródeł:
TAK NIE
2. stale przebywa w domu:
TAK NIE
3. korzysta z ośrodka wsparcia, np. ośrodek wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi (środowiskowy dom samopomocy lub klub samopomocy), dzienny dom pomocy, klub samopomocy; inne
jakie.....
TAK NIE
4. korzysta z placówek pobytu całodobowego, nr. ośrodka szkolno-wychowawczego, internatu; inne
jakie.....
TAK NIE
5. uczęszcza do placówek umożliwiających realizację obowiązku nauki, np. szkoła, ośrodek rewitalizacyjno-wychowawczy; inne jakie.....
TAK NIE
6. pod wskazanym adresem zamieszkuję z.....
7. przyjmuję do wiadomości, że w godzinach realizacji usługi 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 roku o pomocy społecznej (Dz.U. z 2021 r., poz. 2268 z późn.zm.) usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub z innych źródeł;
8. zostałem/am poinformowany/a, że udział w formach wsparcia określony w Programie „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2023 jest bezpłatny do 240 godzin dla usługi wytchnieniowej świadczonej w ramach pobytu dziennego na 1 uczestnika;
9. dobrowolnie deklaruje swój udział w Programie „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2023 oraz oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że uczestniczę w Programie finansowanym ze środków Funduszu Solidarnościowego.
10. zamieszkuję na terenie powiatu belchatowskiego w rozumieniu art. 25 Kodeksu cywilnego.

Jednocześnie zobowiązuję się do :

1. Udziału w zaplanowanej formie wsparcia.
2. Wypełniania i złożenia kompletu dokumentów związanych z realizacją Programu „Opieka wytchnieniowa”- edycja 2023.
3. Niezwłocznego informowania o wszelkich zmianach mogących mieć wpływ na realizację Programu.

Belchatów, dnia

.....
Podpis Uczestnika Programu



Klauzula informacyjna w sprawie przetwarzanych danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Belchatowie

na podstawie z art. 13 i art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego 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), zwane dalej „RODO”, informujemy:

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Belchatowie, ul. Czaplinieckiej 66, tel. 44 715 22 61, email: pcpr@powiat-belchatowski.pl
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować za pośrednictwem poczty elektronicznej iod@pcpr.powiat-belchatowski.pl lub telefonicznie 44 615 22 63.
3. Przetwarzanie danych osobowych obejmuje następujące kategorie Pani/Pana danych: w przypadku osoby świadczącej usługi: imię i nazwisko, stanowisko, miejsce pracy, adres e-mail, numer telefonu.
W przypadku uczestnika programu: imię i nazwisko oraz dane określone we wniosku i w karcie zgłoszenia do programu w zakresie niezbędnym do realizacji programu, przeprowadzenia kontroli lub sprawozdawczości.
4. Celem przetwarzania danych osobowych jest realizacja programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2023, w tym: realizacja świadczeń związanych z wykonaniem przedmiotu umowy, realizacja obowiązków wynikających z umów, rozliczenie otrzymanych środków z Funduszu Solidarnościowego lub wypełnienie obowiązku prawnego.
5. Dane osobowe przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit e RODO, tj. w związku z wykonaniem zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi oraz na podstawie art. 9 ust. 2 lit. g RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne ze względów związanych z ważnym interesem publicznym, na podstawie prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego, które są proporcjonalne do wyznaczonego celu, nie naruszają istoty prawa do ochrony danych i przewidują odpowiednie i konkretne środki ochrony praw podstawowych i interesów osoby, której dane dotyczą, w tym do wypełnienia obowiązków w zakresie zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej wynikających z programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „opieka wytchnieniowa” – edycja 2023, przyjętego na podstawie ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2020 r. poz. 1787 ze zm.).
6. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą do czasu wygaśnięcia obowiązku przechowywania tych danych wynikających z realizacji programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2023, a następnie do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów dotyczących archiwizacji dokumentacji.
7. Źródłem pochodzenia danych osobowych mogą być wnioskodawcy, tj. osoby niepełnosprawne, rodzice i opiekunowie osób niepełnosprawnych oraz osoby zatrudnione/świadczące/realizujące usługi opiekuna wytchnieniowego.
8. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych są podmioty uprawnione do ujawnienia im danych na mocy przepisów prawa oraz podmioty realizujące świadczenie w imieniu administratora na podstawie umów cywilnoprawnych. Dane osób fizycznych przetwarzane przez Administratora, w szczególności dane osób świadczących/realizujących usługi opiekuna wytchnieniowego na rzecz uczestników programu lub opiekunów prawnych mogą być udostępniane Ministrowi Rodziny i Polityki Społecznej lub Wojewodzie Łódzkiemu m.in. do celów sprawozdawczych czy kontrolnych.¹⁾
9. Ma Pani/Pan prawo do: dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, uzyskania ich kopii, prawo do ograniczenia ich przetwarzania oraz prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, e-mail: kancelaria@uodo.gov.pl).

Ponadto ma Pan/Pani prawo do wniesienia sprzeciwu co do przetwarzania danych, a administratorowi nie wolno już przetwarzać tych danych osobowych, chyba że wykaże on istnienie ważnych prawnie uzasadnionych podstaw do przetwarzania, nadrzędnych wobec interesów, praw i wolności osoby, której dane dotyczą, lub podstaw do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.

Podanie danych osobowych w zakresie wynikającym z Karty zgłoszenia do programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2023 lub realizacji programu jest dobrowolne, jednak niezbędne do wzięcia udziału w programie.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią powyższej informacji

.....
Data i podpis

¹⁾ W przypadku udostępniania Ministrowi Rodziny i Polityki Społecznej danych osób fizycznych, Administrator zrealizuje w imieniu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej obowiązek wynikający z art. 14 RODO i poinformuje te osoby o przetwarzaniu ich danych przez Ministra Rodziny i Polityki Społecznej. Klauzulę Ministra Rodziny i Polityki Społecznej stanowi załącznik nr 13 do programu.



Klauzula informacyjna RODO w ramach programu „Opieka wychnieniowa” – edycja 2023 Ministra Rodziny i Polityki Społecznej

Zgodnie z art. 14 ust. 1 i 2 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) (Dz. Urz. UE L 119 str. 1, z późn. zm.), zwanego dalej „RODO”, Minister Rodziny i Polityki Społecznej informuje, że:

Tożsamość administratora i dane kontaktowe

Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w Ministerstwie Rodziny i Polityki Społecznej jest Minister Rodziny i Polityki Społecznej, zwany dalej „Ministrem” mający siedzibę w Warszawie (00-513), ul. Nowogrodzka 1/3/5.

Dane kontaktowe inspektora ochrony danych osobowych

W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych prosimy o kontakt z Inspektorem Ochrony Danych drogą elektroniczną – adres email: iodo@mriips.gov.pl lub pisemnie na adres: ul. Nowogrodzka 1/3/5, 00-513 Warszawa.

Kategorie danych osobowych

Przetwarzanie danych osobowych obejmuje następujące kategorie Pani/Pana danych:

W przypadku osoby świadczącej usługi: opieki wychnieniowej określonej w przyjętym przez Ministra Programie „Opieka wychnieniowa” – edycja 2023 imię i nazwisko, stanowisko, miejsce pracy, adres e-mail, numer telefonu.

W przypadku uczestnika programu „Opieka wychnieniowa” – edycja 2023: imię i nazwisko oraz dane określone w Karcie zgłoszenia do Programu, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia kontroli, postępowania w trybie nadzoru lub sprawozdawczości.

Cele przetwarzania i podstawa prawna przetwarzania

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w zakresie niezbędnym do wykonania przez Ministra zadań związanych ze sprawozdawczością, nadzorem oraz z czynnościami kontrolnymi dotyczącymi realizacji programu „Opieka wychnieniowa” – edycja 2023. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO gdyż, przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, art. 6 ust. 1 lit. e RODO gdyż, przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO gdyż, przetwarzanie jest niezbędne ze względów związanych z ważnym interesem publicznym, na podstawie prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego, które są proporcjonalne do wyznaczonego celu, nie naruszają istoty prawa do ochrony danych i przewidują odpowiednie i konkretne środki ochrony praw podstawowych i interesów osoby, której dane dotyczą, w tym do wypełnienia obowiązków w zakresie zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej wynikających z Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wychnieniowa” – edycja 2023, przyjętego na podstawie z art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2020 r. poz. 1787, z późn. zm.).

Odbiorcy danych lub kategorie odbiorców danych

Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora w zakresie realizowanych przez niego obowiązków oraz w związku z wykonywaniem czynności związanych z realizacją programu „Opieka wychnieniowa” – edycja 2023, a także innym podmiotom lub organom upoważnionym do pozyskania Pani/Pana danych na podstawie przepisów prawa (np. podmiotom kontrolującym Ministra). Administrator nie będzie przekazywał Pani/Pana danych osobowych do państwa trzeciego lub do organizacji międzynarodowej.

Okres przechowywania danych

Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą do czasu wygaśnięcia obowiązku przechowywania tych danych wynikających z realizacji programu „Opieka wychnieniowa” – edycja 2023, a następnie do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów dotyczących archiwizacji dokumentacji.

Prawa podmiotów danych

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych, prawo do żądania ich sprostowania, do ograniczania przetwarzania tych danych oraz prawo do żądania ich usunięcia po upływie okresu, o którym mowa powyżej. Realizacja powyższych praw musi być zgodna z przepisami prawa, na podstawie których odbywa się przetwarzanie danych osobowych, a także m.in. z zasadami wynikającymi z Kodeksu postępowania administracyjnego i zasadami archiwizacji.

Zautomatyzowane podejmowanie decyzji w tym profilowanie

W trakcie przetwarzania Pani/Pana danych osobowych nie będzie dochodzić do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani do profilowania.

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO) ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, tel.: 22 531 03 00.

Źródło pochodzenia danych

Pani/Pana dane zostały przekazane przez jednostkę samorządu terytorialnego lub podmiot uprawniony do prowadzenia działalności pożytku publicznego, która/który przekazała nam je w związku z Pani/Pana udziałem w programie „Opieka wychnieniowa” – edycja 2023.

Informacja o dobrowolności lub obowiązku podania danych:

Podanie danych osobowych jest konieczne dla celów związanych z wykonywaniem zadań Ministra w ramach programu „Opieka wychnieniowa” – edycja 2023.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią powyższej informacji

.....
Data i podpis



Oświadczenie Uczestnika Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2023 Wskazanie osoby, która będzie świadczyć usługi opieki wytchnieniowej

I. Dane uczestnika Programu:

Imię i nazwisko Uczestnika Programu:
Data urodzenia:
Adres zamieszkania:
Telefon: E-mail:

II. Dane osoby niepełnosprawnej:

Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej:
Data urodzenia:
Adres zamieszkania:
Telefon: E-mail:

III. Na osobę, która będzie świadczyć usługi opieki wytchnieniowej wskazuję:

Imię i nazwisko kandydata:
Adres zamieszkania:
Telefon: E-mail:
Ilość godzin usług do zrealizowania:

Potwierdzenie kwalifikacji lub doświadczenia

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

IV. Oświadczenia:

☐ Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba mająca świadczyć dla mnie usługi opieki wytchnieniowej posiada co najmniej 6-miesięczne udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy/opieki osobom niepełnosprawnym, w tym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu itp.

☐ Wskazana osoba jest kompetentna do realizacji wobec mnie usługi opieki wytchnieniowej

☐ Wskazana osoba nie jest moim opiekunem prawnym, członkiem mojej rodziny i nie zamieszkuje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym *

*Na potrzeby realizacji Programu, za członków rodziny uznać należy rodziców i dzieci, rodzeństwo, wnuki, dziadków, teściów, macochę, ojczyzna oraz inne osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z uczestnikiem Programu

Jednocześnie oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i **jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia** co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Miejscowość, data

.....

Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego



Załącznik nr 8 do Regulaminu
naboru i uczestnictwa w programie
„Opieka wytchnieniowa”- edycja 2023

Harmonogram usług opieki wytchnieniowej - Program „Opieka wytchnieniowa”- edycja 2023

Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej.....

Lp.	Data realizacji opieki wytchnieniowej	Godziny realizacji opieki wytchnieniowej	Liczba godzin świadczonej opieki wytchnieniowej
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Oświadczam, że w godzinach realizacji opieki wytchnieniowej w formie pobytu dziennego w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej nie były świadczone inne formy pomocy usługowej, w tym: usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze o których mówi art.50 ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2021 r. poz. 2268 z późn. zm.), usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub z innych źródeł.

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

.....
Data i podpis osoby opiekuna prawnego lub członka
rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej



Karta realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa”- edycja 2023

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 przyznawane zostały usługi opieki wytchnieniowej:

Imię i nazwisko:

Data urodzenia: Adres zamieszkania:

III. Informacje dotyczące realizowanych usług opieki wytchnieniowej przyznanej w formie dziennej:

- Opieka wytchnieniowa przyznana w wymiarze :
- Miejsce realizacji opieki wytchnieniowej:

Lp.	Data realizacji opieki wytchnieniowej	Godziny realizacji opieki wytchnieniowej	Liczba godzin (rodzaj) świadczonej opieki wytchnieniowej	Potwierdzenie realizacji usługi opieki wytchnieniowej przez osobę która ją realizowała	Podpis osoby objętej opieką wytchnieniową/członka rodziny/opiekuna
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					

- Łączna liczba godzin świadczonej opieki wytchnieniowej

1. Potwierdzam zgodność karty realizacji usług opieki wytchnieniowej :

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

2. Potwierdzam zgodność karty realizacji usług opieki wytchnieniowej:

.....
Data i podpis osoby opiekuna prawnego lub członka rodziny
/opiekuna osoby niepełnosprawnej



Protokół z wizyty kontrolnej w ramach realizacji Programu „Opieka wychnieniowa”- edycja 2023

Dane osoby której przyznana została usługa :

Imię i nazwisko.....

Dane osoby niepełnosprawnej :

Imię i nazwisko.....

Dane osoby wykonującej usługę :

Imię i nazwisko.....

Data wizyty

Czy usługa realizowana jest zgodnie z przedstawionym harmonogramem?

Tak Nie

Czy usługa realizowana jest pod wskazanym adresem zamieszkania?

Tak Nie

Czy usługa realizowana jest zgodnie z umową ?

Tak Nie

Uwagi kontrolujących

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

Dane osób kontrolujących:

Imię i nazwisko.....

.....

Podpisy osób kontrolujących

.....
Podpis osoby wykonującej usługę