

**Regulamin udziału w projekcie**

**"Opieka wytchnieniowa" – edycja 2022**

**Postanowienia ogólne**

**§ 1**

Regulamin pobytu w ramach opieki wytchnieniowej, zwany dalej ,,regulaminem’’, określa zasady zapewnienia opieki wytchnieniowej, w tym zasady rekrutacji.

**Zasady zapewnienia opieki wytchnieniowej nad dziećmi z orzeczeniem o niepełnosprawności, w formie pobytu dziennego w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej**

**§ 2**

Celem programu jest zapewnienie wsparcia członkom rodzin lub opiekunom sprawujących bezpośrednią opiekę nad dziećmi z orzeczeniem o niepełnosprawności poprzez możliwość uzyskania doraźnej, czasowej pomocy w formie usług opieki wytchnieniowej w ramach **Programu „Opieka wytchnieniowa" – edycja 2022 Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej.**

**§ 3**

Pierwszeństwo w korzystaniu z usługi opieki wytchnieniowej mają członkowie rodzin lub opiekunowie sprawujący bezpośrednią opiekę nad dziećmi z orzeczeniem niepełnosprawności, które są całkowicie niesamodzielne.

**§ 4**

Aby skorzystać z oferty, opiekunowie prawni osób niepełnosprawnych, będący **mieszkańcami Białegostoku**, powinni zgłosić się do koordynatora projektu i omówić/wypełnić ankietę/diagnozę potrzeb.

**§ 5**

Usługi opieki wytchnieniowej przyznawane będą na wniosek opiekuna osoby niepełnosprawnej sprawującego bezpośrednią i stałą opiekę, decyzją administracyjną wydawaną przez Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Białymstoku lub inną osobę upoważnioną.

Dokumenty obowiązujące podczas przyjęcia:

1. Potwierdzenie decyzji administracyjnej wydanej przez Dyrektora MOPR w Białymstoku (lub osobę upoważnioną)
2. **Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa" – edycja 2022** (załącznik nr 1),
3. orzeczenie o posiadanym stopniu niepełnosprawności;
4. **Karta oceny stanu dziecka wg zmodyfikowanej skali FIM** (załącznik nr 2),

**§ 6**

W ramach pobytu dziennego usługi opieki wytchnieniowej, przyznane w maksymalnym wymiarze 240 godzin, mogą być świadczone 5 dni w tygodniu, w godz. między 6:00 a 20:00, jednak nie więcej niż 12 godz. dziennie. Zakończenie realizacji programu to 10.12.2022.

**§ 7**

Zastrzega się prawo do odmowy wykonania usługi opieki wytchnieniowej w miejscu zamieszkania uczestnika w sytuacji:

a) złego stanu zdrowia (temperatura, biegunka, grypa, itp.);

b) nasilonych zachowań agresywnych, w tym autoagresji;

c) innych zachowań trudnych, nieakceptowanych społecznie.

**

*Załącznik nr 1*

*Program Ministra Rodziny i Polityki Społecznej*

*„Opieka wytchnieniowa” – edycja 2022*

**Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa" – edycja 2022**

1. **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: ………………………………………………….

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: ……………………………………..

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………………………………………………………………………………………………………. \*

□ całodobowa, miejsce ……………………………………………………………………………….………………….\*

□ specjalistyczne poradnictwo

□ w godzinach …………………………………………………. □ w dniach …………………….…………………

**III. 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 2022.

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).

Miejscowość ………………………………., data ……………………………

..………………………………………………………

(Podpis osoby opiekuna prawnegolub 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 2022:

1) świadczenia usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego w: miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością, ośrodku wsparcia lub innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu, które otrzyma pozytywną opinię realizatora Programu.

2)świadczenia usługi opieki wytchnieniowej, w ramach pobytu całodobowego w: ośrodku wsparcia, w ośrodku/placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom z niepełnosprawnością wpisaną do rejestru właściwego wojewody lub w innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu, które otrzyma pozytywną opinię realizatora Programu.

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

**

*Załącznik nr 2*

*Program Ministra Rodziny i Polityki Społecznej*

*„Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021*

**Karta oceny stanu dziecka/osoby niepełnosprawnej wg zmodyfikowanej skali FIM**

Imię i nazwisko ......................................................................................................

Adres zamieszkania ................................................................................................

PESEL ................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Czynność | Stopień samodzielności | Wynik |
| Samoobsługa | Spożywanie posiłków |  |
| Dbałość 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).