**NABÓR WNIOSKÓW**

**w ramach programu resortowego Ministra Rodziny i Polityki Społecznej**

**pn. „ OPIEKA WYTCHNIENIOWA”**

**- EDYCJA 2023**

### W związku z możliwością aplikowania do Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2023, realizowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego, Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Żukowicach z siedziba w Nielubi  prosi o kontakt osób zainteresowanych uzyskaniem wsparcia w ramach ww. Programu.

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

1. dziećmi z orzeczeniem o niepełnosprawności,
2. osobami posiadającymi:
	* orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności (zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 573) albo
	* 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.

**Usługi opieki wytchnieniowej przysługują w przypadku zamieszkiwania członka rodziny lub opiekuna, we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą niepełnosprawną i sprawują całodobową opiekę nad osobą niepełnosprawną.**

Przewiduje się, że program realizowany będzie w formie świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej przez osoby wskazane przez uczestnika programu. Limit usług opieki wytchnieniowej przypadający na 1 uczestnika w 2023r. wynosi nie więcej niż 240 godzin.

W związku z  powyższym zapraszamy zainteresowanych mieszkańców Gminy Żukowice do składania Karty zgłoszenia do  Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2023 do Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Żukowicach z siedziba w Nielubi w terminie **do 7 listopada 2022 r.** Niniejsza informacja ma posłużyć diagnozie potrzeb osób zainteresowanych tą formą pomocy na rok 2023.

### Więcej informacji  pod numerem telefonu: 76831-42-84 wew.1

**NABÓR WNIOSKÓW**

**w ramach programu resortowego Ministra Rodziny i Polityki Społecznej**

**pn. „ ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ”**

**- EDYCJA 2023**

### Nabór wniosków w ramach programu resortowego Ministra Rodziny i Polityki Społecznej pn. "Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej" - edycja 2023

Podstawą prawną Programu jest art. 7 ust. 5 oraz art. 13  ustawy
z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U z 2020 r. poz.1787 ze zm.).

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Żukowicach z siedzibą w Nielubi, przeprowadza rozeznanie w środowisku Gminy Żukowice w sprawie potrzeb w realizacji programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”

Głównym celem Programu jest wprowadzenie usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej jako formy ogólnodostępnego wsparcia dla uczestników Programu:

1. dzieci do 16. roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji oraz
2. osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, albo orzeczenie traktowane na równi z wymienionymi, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 573 ze zm.)

Jego celem jest wprowadzenie usługi asystenta jako formy ogólnodostępnego wsparcia dla osób niepełnosprawnych. Takie osoby będą miały możliwość skorzystania z pomocy asystenta m.in. przy wykonywaniu codziennych czynności czy podejmowaniu aktywności społecznej.

Program ma również na celu przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu i dyskryminacji osób niepełnosprawnych poprzez umożliwienie im uczestnictwa w wydarzeniach społecznych, kulturalnych czy sportowych. Do zadań asystenta należeć będzie m.in. pomoc w wyjściu, powrocie oraz dojazdach np. na rehabilitację, zajęcia terapeutyczne lub do ośrodków zdrowia, kultury, pomoc w zakupach i załatwianiu spraw urzędowych.

W związku z powyższym Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Żukowicach z siedzibą
w Nielubi informuje, że można zgłaszać osoby, które wymagają zapewnienia takiego wsparcia w ramach programu.

### Powyższe informacje prosimy przekazać w terminie do dnia 07.11.2022 r. do Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Żukowicach z siedzibą w Nielubi lub pod nr tel. 76/831-42-84 wew.1

Załączniki:

1. Załącznik nr 7 Programu MRiPS „Opieka Wytchnieniowa”-edycja 2023
2. Załącznik nr 7 Programu MRiPS „ Asystent osobisty Osoby Niepełnosprawnej – edycja 2023

Załącznik nr 7 do Programu

Ministra Rodziny i Polityki Społecznej

„Opieka wytchnieniowa” – edycja 2023

WZÓR

**Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa" – edycja 2023**

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

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

☐ całodobowa, miejsce ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..\*

☐ w godzinach …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

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

**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 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.

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 2023:

1. świadczenia usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego w: miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością, ośrodku 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

Załącznik nr 7 do Programu

Ministra Rodziny i Polityki Społecznej

„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”

− edycja 2023

*WZÓR*

**Karta zgłoszenia do Programu**

**„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023\***

**I. Dane uczestnika Programu:**

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

2. Adres: …………………………….…...................…….................………...............................................…………..…………………………..

3. Telefon kontaktowy: ……………………………………..………………………………………………….……………………………………………………..

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

5. Wykształcenie: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

6. Zawód wyuczony: ………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………..

7. Status na rynku pracy: …………………………………………………………………………………………………..………………………………………….

8. Grupa/stopień niepełnosprawności: …………………………………………………………………………………………………………………………

9. Jaki jest Pan(i) 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☐,

10. Która z powyższych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną: ………………………………………………

11. Czy porusza się Pan(i):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **W domu☐**  | 1) samodzielnie☐  | 2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. ☐ | 3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych☐  |
| **Poza miejscem zamieszkania☐**  | 1) samodzielnie☐  | 2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. ☐ | 3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych☐ |

12. Czy do poruszania się poza miejscem zamieszkania, potrzebne jest czyjeś wsparcie – **Tak☐/Nie☐**

13. Jeśli tak to jakiego typu wsparcie? …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

14. Czy zamieszkuje Pan(i) sam(a)? – **Tak☐/Nie☐**

**II. ŚRODOWISKO:**

1. W jakich czynnościach w szczególności wymaga Pan(i) wsparcia?
2. czynności samoobsługowe **Tak☐/Nie☐**
3. wypełnianie 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☐**

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

2. Jakie trudności/ przeszkody napotyka Pan(i) w miejscu zamieszkania?

*…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

**III. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA:**

Prosimy o określenie cech asystenta, które Pana(i) zdaniem byłyby najbardziej odpowiednie:

1. Płeć: …………………………. 2. Wiek: ………………………………………………………………………………………………………………………………

3. Inne np.: zainteresowania, posiadane umiejętności: …………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………

4. W jakich godzinach/porach dnia/w jakich dniach potrzebne będzie wsparcie?

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

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

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

5. Ile godzin wsparcia miesięcznie będzie Panu(i) potrzebne?

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

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

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

6. W jakich czynnościach mógłby pomóc Panu/Pani asystent - zakres czynności asystenta w szczególności ma dotyczyć:

1. w wsparciu w wypełnianiu ról społecznych i w prowadzeniu gospodarstwa domowego (w przypadku samodzielnego zamieszkiwania):
	1. pomoc w sprzątaniu mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci☐;
	2. dokonywaniu bieżących zakupów (w towarzyszenie  osoby niepełnosprawnej w sklepie – np. informowanie jej  o lokalizacji towarów na półkach, podawanie towarów z półek, wkładanie towarów do koszyka/wózka sklepowego, niesienie koszyka (maksymalnie do 5 kg), prowadzenie wózka osoby niepełnosprawnej lub wózka sklepowego, pomoc przy kasie ☐;
	3. myciu okien☐;
	4. w utrzymywaniu w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.)☐;
	5. praniu i prasowaniu odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby niepełnosprawnej)☐;
	6. podaniu dziecka do karmienia, podniesieniu, przeniesieniu lub przewinięciu go☐;
	7. transporcie dziecka osoby niepełnosprawnej np. odebraniu ze szkoły (wyłącznie w obecności osoby niepełnosprawnej)☐;
2. wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej i czynnościach pielęgnacyjnych:
	1. myciu głowy, myciu ciała, kąpieli ☐;
	2. czesaniu ☐;
	3. goleniu☐;
	4. obcinaniu paznokci rąk i nóg☐;
	5. zmianie pozycji, np. przesiadaniu się z łóżka/krzesła na wózek, ułożeniu się w łóżku☐;
	6. zapobieganiu powstania odleżyn lub odparzeń ☐;
	7. przygotowaniu i spożywaniu posiłków i napojów☐;
	8. słaniu łóżka i zmianie pościeli☐;
3. wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:
	1. pchanie wózka osoby niepełnosprawnej☐;
	2. pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych (np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi)☐;
	3. pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym i słabowidzącym☐;
	4. pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z: tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu☐;
	5. asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób niepełnosprawnych oraz taksówkami lub innym środkiem transportu ☐;
4. wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:
	1. wyjście na spacer☐;
	2. asystowanie podczas obecności osoby niepełnosprawnej w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc.☐;
	3. wsparcie w załatwianiu spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy (np. rozmowie z urzędnikiem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wypełnianiu formularzy)☐;
	4. wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się;
	5. notowanie dyktowanych przez klienta treści ręcznie i na komputerze☐;
	6. pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas/dotyczących wyjść z asystentem, które dotyczą m.in.: wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni, spaceru☐;
	7. wsparcie w załatwianiu spraw  w punktach usługowych (w obecności osoby niepełnosprawnej)☐.

7. Czy jest Pan (i) w stanie/czuje się kompetentny, aby przeszkolić asystenta do wykonywania dla Pana (i) wybranych usług asystencji osobistej? **Tak☐/Nie☐**

**IV. DOTYCHCZAS OTRZYMYWANA POMOC:**

1. Czy do tej pory korzystał(a) Pan(i) z innych form wsparcia? **Tak☐/Nie☐**
2. Jeśli tak, to proszę wskazać z jakich i przez kogo realizowanych:

**dopytać jaka instytucja: np. MOPS, prywatnie opłacana osoba itp. jeśli wymienione zostaną form wsparcia dopytać: z których form pomocy jest zadowolony/niezadowolony, czy w dalszym ciągu z nich korzysta lub dlaczego nie korzysta?**

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

**V. OŚWIADCZENIA:**

1. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług asystenckich oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowania przez realizatora świadczonych usług. Czynności, o których mowa wyżej, dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu.
3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023.
4. Oświadczam, że w trakcie realizacji usług asystencji osobistej nie będą mi świadczone 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 w ramach Funduszu lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w dziale IV ust. 8 Programu finansowane ze środków publicznych.

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

..…………………………………………………………………….

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystencji osobistej osoby niepełnosprawnej.

………………………………………………….

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

\*Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych lub w przypadku dzieci w wieku do 16 roku życia orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.