



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

Regulamin realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024

Definicje

1. **Uczestnicy programu** – osoby zakwalifikowane do programu tj. opiekun osoby niepełnosprawnej oraz osoba niepełnosprawna, nad którą ww. sprawuje opiekę.
2. **Opiekun świadczący usługę** – osoba realizująca usługę opieki wytchnieniowej.
3. **Gmina** – Gmina Mielec.
4. **Ośrodek** – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Mielcu.
5. **Kandydat** – osoba ubiegająca się o uczestnictwo w ww. programie na podstawie zasad ujętych w niniejszym Regulaminie.
6. **Komisja Rekrutacyjna** – komisja, o której mowa w §2 zarządzenia.
7. **Program** – Program „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego.
8. **Realizator/Realizator Programu** – organizacja pozarządowa/ośrodek, której/któremu zlecono realizację Programu/do którego kieruje się uczestników Programu w związku z całodobową formą usługi.

§1

Zasady ogólne

1. Podstawą prawną Programu jest art. 7 ust. 5 oraz art. 13 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (tj. Dz. U. z 2024 r. poz. 296)
2. Program finansowany jest z Funduszu Solidarnościowego. Uczestnik Programu nie ponosi odpłatności za usługi świadczone w ramach Programu. Niedozwolone jest pobieranie opłat od adresatów Programu.
3. Realizatorem Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024 na terenie Gminy Mielec jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Mielcu.
4. Celem Programu jest wsparcie członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad dziećmi z orzeczeniem o niepełnosprawności, osobami ze znacznym stopniem niepełnosprawności, osobami ze znacznym stopniem niepełnosprawności lub równoważnym - poprzez czasowe odciążenie od codziennych obowiązków łączących się ze sprawowaniem opieki, zapewnienie im czasu na odpoczynek i regenerację.
5. Program adresowany jest do mieszkańców Gminy Mielec: członków rodzin lub opiekunów, którzy wymagają wsparcia w postaci doraźnej, czasowej przerwy w sprawowaniu bezpośredniej opieki nad osobą niepełnosprawną zamieszkujejącą z nimi we wspólnym gospodarstwie domowym tj.:
 - a) dziećmi z orzeczeniem o niepełnosprawności do ukończenia lat 16,
 - b) osobami posiadającymi orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności,
 - c) orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych
6. Program jest realizowany w Gminie Mielec w dwóch formach:
 - a) Świadczenia usługi opieki wytchnieniowej, w ramach pobytu dziennego w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej,
 - b) Świadczenia usługi opieki wytchnieniowej, w ramach pobytu całodobowego w:



- α) w ośrodku/ placówce wpisanej do rejestru właściwego wojewody zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym,
 - β) innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu, które otrzyma pozytywną opinię gminy.
7. Uczestnicy Programu mogą samodzielnie wybrać osobę, która będzie świadczyć usługę opieki wytchnieniowej w formie pobytu dziennego w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej, przy czym osoba świadcząca usługi opieki wytchnieniowej nie może być członkiem rodziny¹, opiekunem prawnym lub osobą faktycznie zamieszkującą razem z uczestnikiem Programu. Ww. opiekun musi posiadać:
- a) dyplom potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie asystent osoby niepełnosprawnej/ pielęgniarka lub innym, zapewniającym realizację usługi opieki wytchnieniowej w zakresie adekwatnym do indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej lub
 - b) co najmniej 6 - miesięcznie, doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy/opieki osobom niepełnosprawnym, w tym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu itp. udokumentowane pisemnym oświadczeniem podmiotu, które zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym.

§2

Rekrutacja do programu

1. W roku 2024 w ramach Programu planowane jest objęcie wsparciem w formie usług opieki wytchnieniowej:
 - 1) W ramach pobytu dziennego w miejscu zamieszkania:
 - a) **14** opiekunów osób posiadających osobami posiadającymi orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych
 - b) **4** opiekunów dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności do 16 roku życia
 - 2) W ramach pobytu całodobowego:
 - a) **3** opiekunów osób dorosłych niepełnosprawnych w stopniu znacznym z niepełnosprawnością sprzężoną, w ośrodku/ placówce zapewniającej całodobową opiekę, która uzyska pozytywną opinię Gminy.
2. Ośrodek zastrzega sobie możliwość zwiększenia liczby uczestników programu. Zgłoszenie przystąpienia do Programu następuje przez złożenie:
 - a) Karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 wraz z oświadczeniem korzystania ze wsparcia (zgodnie z załącznikiem nr 7 do Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 oraz załączników 1 i 2 do niniejszego regulaminu),
 - b) kserokopii aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego, orzeczenia o niepełnosprawności w przypadku osób do 16 roku życia, przy składaniu Kart zgłoszenia oryginał orzeczenia należy mieć przy sobie do wglądu,
 - c) podpisanych klauzuli informacyjnych RODO (zgodnie z załącznikami nr 12 do Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 oraz załącznika 3 do niniejszego regulaminu),
 - d) druku wskazanie opiekuna zgodne z załącznikiem nr 4 do Regulaminu.



3. Zgłoszenia mogą być przyjmowane drogą pisemną, elektroniczną EPUAP lub osobiście w siedzibie Ośrodka Pomocy Społecznej w Mielcu, ul. Głowackiego 5, 39-300 Mielec w sposób ciągły, począwszy od dnia 8 marca 2024 r. wskazanych na stronie Ośrodka Pomocy Społecznej.
4. Karty zgłoszenia do Programu wraz z pozostałą dokumentacją rekrutacyjną będą rejestrowane według kolejności zgłoszeń.
5. Złożenie karty zgłoszenia do Programu wraz z innymi dokumentami, nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem Kandydata do Programu.
6. Rekrutacja Kandydatów do programu, będzie prowadzona przez Komisję Rekrutacyjną.
7. Ocena złożonych dokumentów, zostanie dokonana według kryteriów określonych w Karcie oceny wniosku, której wzór stanowi załącznik nr 8 do niniejszego regulaminu.
8. W przypadku złożenia niekompletnego zgłoszenia Realizator poinformuje o występujących w zgłoszeniu uchybieniach, które powinny zostać usunięte w terminie do 30 dni kalendarzowych od dnia odebrania powiadomienia pod rygorem pozostawienia zgłoszenia bez rozpatrzenia.
9. Zgłoszenia będą podlegały ocenie formalnej. Ocena formalna polega na sprawdzeniu kompletności złożonych dokumentów, w tym ważności orzeczenia o niepełnosprawności/stopniu niepełnosprawności/orzeczenia równoważnego.
10. Z posiedzenia Komisji Rekrutacyjnej, zostanie sporządzony protokół.
11. Do uczestnictwa w Programie w pierwszej kolejności zostaną zakwalifikowane osoby, które uzyskały największą liczbę punktów w procesie rekrutacji.
12. W przypadku wykorzystania liczby miejsc w Programie, osoby spełniające kryteria, zostaną umieszczone na liście rezerwowej.
13. O zakwalifikowaniu osoby, które w procesie rekrutacji otrzymają taką samą ilość punktów będzie decydowała kolejność zgłoszeń.
14. W uzasadnionych przypadkach, decyzję o przyznaniu usługi opieki wytechnieniowej podejmuje Przewodniczący Komisji Rekrutacyjnej.
15. Decyzja Komisji Rekrutacyjnej jest ostateczna i nie podlega procedurze odwoławczej.
16. Dokumenty rekrutacyjne nie podlegają zwrotowi i stanowią własność GOPS w Mielcu.
17. Członkowie Komisji Rekrutacyjnej przed przystąpieniem do weryfikacji kart zgłoszeniowych, złożą oświadczenie, którego wzór stanowi załącznik nr 8 do niniejszego regulaminu.
18. Kompletnie zgłoszenia będą podlegały ocenie merytorycznej komisji rekrutacyjnej w celu wyłonienia osób wymagających wysokiego poziomu wsparcia.
19. W pierwszej kolejności pomoc zostanie skierowana do osób sprawujących opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, która stale przebywa w domu tj. nie korzysta z ośrodka wsparcia lub placówek pobytu całodobowego. Brany będzie pod uwagę również fakt czy dana osoba zgłoszona jest jednocześnie do *Programu „Asystent osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024*.
20. Realizator poinformuje pisemnie (lub analogicznie do formy przekazania karty zgłoszenia) o przyznaniu lub odmowie przyznania usług opieki wytechnieniowej.
21. Osoba, której przyznano pomoc w ramach Programu zobowiązana będzie do pisemnego potwierdzenia uczestnictwa w Programie (załącznik nr 6 lub 7 do Regulaminu). Brak potwierdzenia w wyznaczonym terminie będzie traktowany równoznacznie z rezygnacją.
22. Warunkiem rozpoczęcia świadczenia usług jest podpisanie umowy z wybraną w drodze konkursu przez Gminę Mielec osobą/ośrodkiem/placówką świadczącą usługi.

23. W przypadku niewskazania przez Uczestnika Programu opiekuna do świadczenia usług zadanie powierzy się Organizacji wyłonionej w drodze konkursu ofert.
24. Usługi opieki wytchnieniowej w formie dziennej świadczone będą do 31.12.2024 r.
25. W uzasadnionych przypadkach, na złożony nie później niż do 15.12.2024 r. wniosek uczestnika Programu pod warunkiem przedłożenia harmonogramu usług na wnioskowany okres, istnieje możliwość aneksowania umowy z osobą świadczącą usługi w zapisie dotyczącym terminu jej obowiązywania nie dłużej jednak niż do 31.12.2024 r.
26. Realizator może odstąpić od przyznanej pomocy w przypadku:
 - a) braku możliwości rozpoczęcia realizacji usług w terminie dwóch miesięcy od daty poinformowania o zakwalifikowaniu do Programu z winy uczestnika Programu spowodowanej np. nie wskazaniem/przyjęciem wskazanego opiekuna, umożliwiającym zawarciem stosownej umowy z opiekunem,
 - b) nieuzasadnionego niekorzystania z przyznanej pomocy.
27. W ramach Programu ustala się następujące limity usług przypadających na 1 uczestnika:
 - a) do 179 godzin dla usługi opieki wytchnieniowej świadczonej w ramach opieki dziennej.
 - b) do 7 dni dla usługi opieki wytchnieniowej świadczonej w ramach pobytu całodobowego.
28. Osobom, które legitymują się czasowym orzeczeniem o niepełnosprawności pomoc będzie przyznawana na okres obowiązywania orzeczenia. Wydłużenie terminu wykorzystania przyznanego limitu godzin będzie możliwe po dostarczeniu nowego, aktualnego orzeczenia wskazującego na spełnienie kryteriów programowych.
29. Realizator programu zastrzega sobie wybór miesięcy realizacji usługi, po uprzednim rozeznaniu potrzeb osób chętnych do udziału w programie, w których realizowana będzie opieka wytchnieniowa w formie całodobowej
30. Realizator zastrzega sobie możliwość przyznania uczestnikowi Programu zmniejszonej ilości godzin usług opieki wytchnieniowej. Będzie to uzależnione od zapotrzebowania na tę formę pomocy wynikającego z ilości złożonych zgłoszeń oraz możliwości finansowych Realizatora.
31. Zmianie może ulec planowana liczba osób, która zostanie objęta wsparciem w ramach realizacji Programu.

§3

Zakres usługi i jej rozliczanie

1. Usługi opieki wytchnieniowej stanowią okresowe wsparcie w zabezpieczeniu potrzeb osoby niepełnosprawnej w zastępstwie członków rodzin lub opiekunów sprawujących na co dzień bezpośrednią opiekę.
2. Osoby świadczące usługi w formie pobytu dziennego nie wykonują żadnych czynności medycznych np. cewnikowanie, zmiana opatrunków, aplikowanie leków.
3. W godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej nie mogą być 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. zmian.), usługi finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego takie jak „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” lub z innych źródeł.
4. Usługa opieki wytchnieniowej powinna być prowadzona z zachowaniem podmiotowości osób niepełnosprawnych oraz ich niezależności.
5. Usługa opieki wytchnieniowej dla opiekuna sprawującego bezpośrednio opiekę nad więcej niż jedną osobą niepełnosprawną muszą być realizowane w tym samym czasie, z zastrzeżeniem zapewnienia indywidualnego wsparcia. Przy czym kwota wynagrodzenia za opiekę nad drugą i kolejną osobą może być nie większa niż 50 % kwoty maksymalnej określonej w Programie.
6. Maksymalna długość świadczenia formy nieprzerwanego pobytu dziennego wynosi 12 godzin dla jednej osoby niepełnosprawnej i może być świadczona w godzinach 6:00-22:00. Do czasu realizacji usługi nie wlicza się czasu dojazdu do i od uczestnika.



7. Czas świadczenia usługi w formie pobytu dziennego, oznacza czas wykonywania zakresu usług. Do tego czasu nie wlicza się czasu dojazdu lub dojścia do miejsca świadczenia usług oraz powrotu z niego.
8. Osoba świadcząca usługi opieki wytchnieniowej ma prawo odmówić zrealizowania usług gdy:
 - α) usługa wykracza poza zakres czynności opieki wytchnieniowej,
 - β) w sytuacjach zagrażających życiu lub zdrowiu uczestniczki/ka Programu lub osoby świadczącej usługi,
 - γ) w przypadkach, w których okoliczności wskazują na możliwość wyrządzenia szkody osobom trzecim lub łamania przepisów prawa,
 - δ) Zadaniem opiekuna świadczącego usługę opieki wytchnieniowej nie jest podejmowanie decyzji za osobę z niepełnosprawnością, lecz wyłącznie udzielenie jej pomocy lub wsparcia,
 - ε) Opiekun świadczący usługę opieki wytchnieniowej realizuje usługi wyłącznie na rzecz osoby z niepełnosprawnością, na podstawie jej decyzji lub decyzji opiekuna prawnego, a nie dla osób trzecich, w tym członków rodziny osoby z niepełnosprawnością.
9. Opiekun/placówka/Organizacja świadcząca usługi opieki wytchnieniowej zobowiązany jest do rozliczania usług opieki wytchnieniowej (Załącznik nr 8 do Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” dla JST- edycja 2024).
10. Usługa każdorazowo kończy się potwierdzeniem pracy opiekuna przez złożenie podpisu przez osobę objętą opieką wytchnieniową/ członka rodziny/ opiekuna na Karcie realizacji.
11. Rozliczenie usługi z podmiotem realizującym usługę następuje do dnia do 31 grudnia 2024 r. na podstawie sprawozdania z realizacji zadania.
12. Ze środków Programu pokrywane będą wyłącznie koszty związane bezpośrednio z realizacją usług, jeżeli zostaną poniesione w okresie realizacji umowy.
13. Niedopuszczalne jest podwójne finansowanie tego samego wydatku związanego z realizacją usługi ze środków publicznych.
14. Za wszelkie czynności realizowane przez opiekuna świadczącego usługę opieki wytchnieniowej na prośbę osoby niepełnosprawnej lub jego opiekuna w miejscu zamieszkania i w zakresie niezgodnym z niniejszym regulaminem odpowiedzialność ponosi osoba niepełnosprawna lub jego opiekun prawny.
15. Opiekun świadczący usługę opieki wytchnieniowej, osoba niepełnosprawna i opiekun osoby niepełnosprawnej biorąc udział w programie, wyrażają zgodę na doraźną kontrolę oraz monitoring świadczonych usług prowadzony bezpośrednio w miejscu ich realizacji, zgodnie z zapisami Programu „Opieka wytchnieniowa” dla JST – edycja 2024,
16. Uczestnicy programu tj. opiekun osoby niepełnosprawnej oraz osoba niepełnosprawna ma prawo do:
 - korzystania z usługi opieki wytchnieniowej w wymiarze i zakresie ustalonym przez GOPS w Mielcu,
 - bycia traktowanym przez opiekuna świadczącego usługę z szacunkiem, z zachowaniem form grzecznościowych,
 - poszanowania jego uczuć i światopoglądu, a także poszanowania woli w zakresie sposobu wykonywania usług opieki wytchnieniowej, jeśli nie wiążą się z obniżeniem jakości usług lub ich opóźnieniem,
 - wymagania od opiekuna świadczenia usług opieki wytchnieniowej w sposób sumienny i staranny oraz wykonywania czynności zgodnie z zasadami bezpieczeństwa i higieny pracy,
 - zachowania przez opiekuna świadczącego usługę tajemnicy w zakresie danych i informacji oraz sytuacji zdrowotnej, życiowej i materialnej uczestników i członków ich rodzin,
 - otrzymywania informacji o nieobecności opiekuna świadczącego usługę lub o jego/jej zastępstwie,
 - przekazywania uwag dotyczących sposobu realizacji i jakości świadczonych na jej rzecz usług oraz zgłaszania ich GOPS w Mielcu,
17. Uczestnicy programu tj. opiekun osoby niepełnosprawnej oraz osoba niepełnosprawna mają obowiązek do:
 - współpracy z GOPS w Mielcu oraz opiekuna świadczącego usługę przy jej realizacji



- traktowania opiekuna świadczącego usługę z należyтым szacunkiem zachowaniem form grzecznościowych i zasad kultury osobistej,
 - nieprzekraczania granic prywatności w relacjach opiekunem świadczącym usługę oraz niewykorzystywania relacji z ww. do realizacji własnych interesów,
 - współpracy z opiekunem świadczącym usługę bez względu na wygląd, pochodzenie, wiek, płeć itp.,
 - umożliwienie opiekunowi świadczącemu usługę wejście do mieszkania w ustalonych godzinach
 - potwierdzania czytelnym podpisem opiekuna prawnego realizacji usług na karcie realizacji usług w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla JST - edycja 2024, stanowiącej załącznik nr 10 do Regulaminu. W przypadku odmowy podpisania karty realizacji usług, uczestnicy są obowiązani podać powód odmowy. Opiekun świadczący usługę odnotowuje odmowę podpisania karty i powód odmowy,
 - niezwłocznego przekazania Ośrodkowi lub opiekunowi świadczącemu usługę informacji o planowanych, a także nieprzewidzianych nieobecnościach, powodujących brak możliwości realizacji usług,
 - respektowania zasad niniejszego Regulaminu.
18. W sytuacji agresywnego zachowania osoby niepełnosprawnej, stwarzającego zagrożenie dla niego lub bezpieczeństwa innych osób oraz uniemożliwiającego dalsze wykonywanie usługi, opiekun osoby niepełnosprawnej lub wskazana przez niego osoba zobowiązuje się do niezwłocznego przybycia na wezwanie opiekuna świadczącego usługę oraz przejścia opieki nad osobą niepełnosprawną wobec której świadczone są usługi.
19. Każdy uczestnik Programu zobowiązany jest do informowania Ośrodka, o wszelkich nieprawidłowościach w realizacji usługi,
20. Opiekun osoby niepełnosprawnej w trakcie trwania Programu, zobowiązany jest do informowania GOPS w Mielcu o zmianach dotyczących sytuacji osoby z niepełnosprawnością,
21. W przypadku zmiany miejsca zamieszkania poza teren Gminy Mielec, uczestnik Programu składa w GOPS w Mielcu oświadczenie, o rezygnacji z udziału w Programie,
22. Jako zachowania niedopuszczalne w stosunku do Asystenta traktuje się:
- Stosowanie przemocy wobec osoby świadczącej usługę (popychanie, szturchanie, rzucanie przedmiotami, itp.);
 - podnoszenie głosu na osobę świadczącą usługę,
 - stosowanie obraźliwych i wulgarnych zwrotów,
 - zachowania przekraczające granice sfery intymnej,
23. Uczestnicy programu nie powinni:
- pożyczać pieniędzy Opiekun świadczący usługę,
 - pożyczać pieniędzy od Opiekuna świadczącego usługę,
 - przekazywać korzyści majątkowych Opiekunowi świadczącemu usługę, w szczególności mieszkania, pieniędzy, cennych przedmiotów itp.,
 - udzielać pełnomocnictwa, w tym notarialnego Opiekunowi świadczącemu usługę do rozprządzania swoim majątkiem ani do reprezentowania przed władzami państwowymi, urzędami, organami administracji publicznej, sądami, podmiotami gospodarczymi, osobami fizycznymi, a także do składania oświadczeń oraz wniosków procesowych w kontaktach z wymienionymi podmiotami,
24. Uczestnicy zakwalifikowani do Programu są zobowiązani do respektowania zasad niniejszego regulaminu.
25. O wszelkich zmianach mających wpływ na prawo do korzystania z usług opieki wytchnieniowej albo na wymiar limitu godzin usługi uczestnik zobowiązany jest niezwłocznie poinformować Ośrodek lub inny podmiot, któremu zlecono realizację Programu, nie później niż w ciągu 7 dni od dnia nastąpienia zmiany.

§4

Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszym regulaminie zastosowanie mają zapisy Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024. W sytuacji wystąpienia w trakcie realizacji Programu

zmian w zapisach, lub wystąpienia rozbieżności z zapisami niniejszego regulaminu, zastosowanie mają zapisy Programu.

2. W przypadku zaistnienia sytuacji nieuregulowanych w Programie i regulaminie decyzję co do rozstrzygnięć podejmuje Przewodniczący Komisji Rekrutacyjnej. W uzasadnionych przypadkach, Ośrodek zastrzega sobie prawo wniesienia zmian do niniejszego Regulaminu lub wprowadzenia dodatkowych dokumentów. Wszelkie zmiany niniejszego regulaminu wymagają zachowania formy pisemnej.

Niniejszy regulamin wchodzi w życie z dniem podjęcia Zarządzenia Kierownika GOPS w Mielcu i obowiązuje do dnia zakończenia realizacji Programu.

Regulamin rekrutacji i udziału w Programie dostępny jest w siedzibie GOPS w Mielcu

Załączniki:

1. Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” JST– edycja 2024
2. Oświadczenie o korzystaniu ze wsparcia.
3. Klauzula RODO
4. Wskazanie opiekuna.
5. Karta realizacji usługi.
6. Potwierdzenie uczestnictwa – forma dzienna.
7. Potwierdzenie uczestnictwa – forma całodobowa.
8. Oświadczenie Komisji Rekrutacyjnej.
9. Karta oceny wniosku.

Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego
– edycja 2024

I. Dane osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej (członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością):

Imię i nazwisko:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Telefon:

.....

E-mail:

.....

II. Dane dotyczące osoby z niepełnosprawnością, w związku z opieką nad którą, członek rodziny/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 mózgo-
we; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowa – rdzenio-
wa)
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, w tym utrzymanie higieny osobistej **Tak** /**Nie** ;
2. prowadzenie gospodarstwa domowego i wypełnianie ról w rodzinie **Tak** /**Nie** ;

3. przemieszczanie się poza miejscem zamieszkania **Tak****/Nie**;
4. podejmowanie aktywności życiowej i komunikowanie się z otoczeniem **Tak****/Nie**.

Informacje na temat ograniczeń osoby z niepełnosprawnością w zakresie komunikowania się lub poruszania się (wypełnia opiekun prawny/członek rodziny/opiekun osoby niepełnosprawnej, który ubiega się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej):

.....

.....

.....

II. Preferowana forma, wymiar i miejsce świadczenia usług opieki wytchnieniowej:

dzienna, miejsce wraz z adresem

..... *

całodobowa, miejsce wraz z adresem

..... *

w godzinach

.....

w dniach

III. Wskazanie osoby, która będzie świadczyła usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego

Czy wskazuje Pan(i) osobę niebędącą członkiem rodziny osoby z niepełnosprawnością, opiekunem osoby z niepełnosprawnością lub osobą faktycznie zamieszkującą razem z osobą z niepełnosprawnością, która będzie świadczyła, za uprzednią zgodą gminy/powiatu, w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością albo innym miejscu wskazanym przez Pana(ią) lub realizatora Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, usług opieki wytchnieniowej?

Tak / **Nie**

Jeżeli **Tak**, proszę podać imię i nazwisko tej osoby:

.....

IV. Oświadczenia:

1. Oświadczam, że osoba z niepełnosprawnością w związku z opieką 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, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawo-

- dowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2023 r. poz. 100, z późn. zm.)/ jest dzieckiem do ukończenia 16. roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności**.
2. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług opieki wytchnieniowej oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowania przez gminę/powiat, która/który realizuje Program „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, 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” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.
 4. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.
 5. Oświadczam, że w godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego nie będą świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 901, z późn. zm.), inne usługi finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie do usług opieki wytchnieniowej finansowane ze środków publicznych.
 6. Oświadczam, że aktualnie uczestniczę/nie uczestniczę*** bądź uczestniczyłem/ nie uczestniczyłem*** w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 lub innym programie resortowym Ministra Rodziny i Polityki Społecznej w 2024 r. w zakresie usług opieki wytchnieniowej, w tym w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024. W ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 i/lub innego programu resortowego Ministra Rodziny i Polityki Społecznej w 2024 r. w zakresie usług opieki wytchnieniowej, w tym w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024 przyznało mi(wpisać liczbę godzin/dni) godzin/dni opieki wytchnieniowej.
 7. W przypadku wskazania w dziale III niniejszej Karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 osoby, która będzie świadczyła usług opieki wytchnieniowej oświadczam, że osoba ta przygotowana jest do świadczenia usług opieki wytchnieniowej.

Miejscowość, data

.....
Podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług opieki wytchnieniowej

.....
Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie

* Należy wpisać miejsce wymienione w treści Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024:

- 1) świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego:
 - a) za uprzednią zgodą gminy/powiatu, miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
 - b) ośrodek wsparcia,
 - c) dom pomocy społecznej świadczący usługi wsparcia krótkoterminowego w formie dziennej,
 - d) dom pomocy społecznej prowadzony przez podmioty niepubliczne, o których mowa w art. 57 ust. 1 pkt 2-4 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. 2023, poz. 901 z późn. zm.),
 - e) w przypadku braku możliwości realizacji opieki wytchnieniowej w miejscach, o których mowa w lit. b-d, istnieje możliwość zrealizowania opieki wytchnieniowej w centrum opiekuńczo-mieszkalnym (COM), w przypadku posiadania wolnych miejsc,
 - f) za uprzednią zgodą gminy/powiatu, inne miejsce wskazane przez uczestnika Programu lub realizatora Programu, spełniające kryteria dostępności, o których mowa w ustawie z dnia z 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2022 r. poz. 2240);
- 2) świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu całodobowego:
 - a) za uprzednią zgodą gminy/powiatu, miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
 - b) mieszkanie treningowe lub wspomagane (z wyłączeniem dzieci do ukończenia 16. roku życia posiadających orzeczenie o niepełnosprawności),
 - c) ośrodek wsparcia,
 - d) rodzinny domu pomocy,
 - e) dom pomocy społecznej świadczący usługi wsparcia krótkoterminowego w formie pobytu całodobowego,
 - f) dom pomocy społecznej prowadzony przez podmioty niepubliczne, o których mowa w art. 57 ust. 1 pkt 2-4 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,
 - g) w placówka zapewniająca całodobową opiekę, o której mowa w ustawie z dnia z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,
 - h) w przypadku braku możliwości realizacji opieki wytchnieniowej w miejscach, o których mowa w lit. b-g, istnieje możliwość zrealizowania opieki wytchnieniowej w centrum opiekuńczo-mieszkalnym (COM), w przypadku posiadania wolnych miejsc,
 - i) za uprzednią zgodą gminy/powiatu, inne miejsce wskazane przez uczestnika Programu lub realizatora Programu, spełniające kryteria dostępności, o których mowa w ustawie z dnia z 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2022 r. poz. 2240).

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

*** odpowiednio skreślić.

PROGRAM „OPIEKA WYTCHNIENIOWA” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – EDYCJA 2024

OŚWIADCZENIE O KORZYSTANIU ZE WSPARCIA

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

a) stale przebywa w domu;

c) TAK

d) NIE

b) 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

c) korzysta z placówek pobytu całodobowego, np. ośrodka szkłono – wychowawczej, internatu; inne jakie?

.....

- TAK

- NIE

d) korzysta do placówki umożliwiającej realizację obowiązku nauki, np. szkoła, ośrodek rewalidacyjno-wychowawczy; inne jakie?

.....

- TAK

- NIE

e) warsztaty terapii zajęciowej

- TAK

- NIE

Ponadto oświadczam, że:

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.²

Miejscowość, dnia

Podpis Opiekuna osoby niepełnosprawnej

KLAUZULA INFORMACYJNA
DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH
W GMINNYM OŚRODKU POMOCY SPOŁECZNEJ
W MIELCU

Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (RODO), informujemy, że:

- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej z siedzibą przy ul. Głowackiego 5, 39-300 Mielec, adres e-mail: gopsmielec@gops.mielec.pl, tel. 17 717 52 50
- Sposoby kontaktu z Inspektorem Ochrony Danych w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Mielcu:
 - adres korespondencyjny:
ul. Głowackiego 5, 39-300 Mielec
39-300 Mielec
 - adres e-mail:
iod@gops.mielec.pl
- Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych będzie się odbywać na podstawie ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, których jest przeprowadzenie otwartego konkursu ofert na powierzenie realizacji zadania publicznego.
- Podanie danych jest dobrowolne, jednak niezbędne do realizacji ww. celu. Nie podanie danych uniemożliwia wzięcie udziału w otwartym konkursie.
- Dane będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji celu przetwarzania, a po tym czasie przechowywane przez okres do momentu wygaśnięcia obowiązku archiwizacji danych obowiązujących u Administratora.
- Osoby, których dane dotyczą mają prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, jak również prawo do ograniczenia ich przetwarzania.
- Oferentowi przysługuje prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, jeśli jego zdaniem przetwarzanie danych narusza przepisy unijnego rozporządzenia RODO.
- Dane osobowe nie będą poddane zautomatyzowanym procesom związanym z podejmowaniem decyzji, w tym profilowaniu.

Załącznik nr 4 do Regulaminu

PROGRAM „OPIEKA WYTCHNIENIOWA” Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 r

WSKAZANIE OPIEKUNA

Ja niżej podpisany/podpisana

zamieszkały/a

Oświadczam, że:

- f) Zapoznałem/am się z warunkami udziału w Programie.
- g) Zostałem/am poinformowany/a, o finansowaniu Programu ze środków Funduszu Solidarnościowego.
- h) Jestem świadomy/świadoma, że nie ponoszę odpłatności za usługi opieki wytchnieniowej.
- i) Do realizacji usług opieki wytchnieniowej:
 - Wskazuję:

Imię i Nazwisko

Numer telefonu

Jednocześnie oświadczam, że wskazana osoba:

- nie jest członkiem mojej rodziny (tj. wstępnym, zstępnym, małżonkiem, rodzeństwem, teściową, macochą, ojczymem), nie jest moim opiekunem prawnym oraz osoba pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobą pozostającą ze mną w stosunku przysposobienia;
- nie zamieszkuje ze mną;
- posiada dyplom potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie asystent osoby niepełnosprawnej/pielęgniarka lub innym, zapewniającym realizację usługi opieki wytchnieniowej w zakresie adekwatnym do indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej (wynikający z Karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024);
- posiada co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu itp.³
- Nie wskazuję opiekuna.

Zostałem/ - am pouczoney/-a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą (zgodnie z art. 233 § 1 kk).⁴

Miejscowość, dnia

.....

³ posiadanie doświadczenia powinno zostać udokumentowane pisemnym oświadczeniem podmiotu, który zlecił udzielanie bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym

⁴ art. 233 § 1 Kodeksu Karnego – „kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

Podpis Uczestnika Programu

**Karta realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla
Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024**

I. Dane osoby, której przyznane zostały usługi opieki wytchnieniowej (członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością):

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Telefon:
.....

E-mail:
.....

II. Dane dotyczące osoby z niepełnosprawnością, w związku z opieką nad którą, członkowi rodziny/opiekunowi przyznane zostały usługi opieki wytchnieniowej:

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:
.....

Adres zamieszkania:

III. Informacje dotyczące realizowanych usług opieki wytchnieniowej:

1. Opieka wytchnieniowa przyznana w formie: dziennej, całodobowej*.
2. Opieka wytchnieniowa przyznana w wymiarze:
3. Miejsce (wraz z adresem) realizacji usług opieki wytchnieniowej:
.....
.....

(Uwaga: Kartę realizacji usług należy uzupełniać na bieżąco)



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

4. łączna liczba godzin/dni świadczonej usługi opieki wytchnieniowej w formie:

- 1) dziennej wynosi godzin;
- 2) całodobowej wynosidni.

5. Potwierdzam zgodność karty realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024:

.....
Data i podpis osoby reprezentującej realizatora Programu

6. Potwierdzam zgodność karty realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024:

.....
Data i podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością

*Należy podkreślić realizowaną formę usług.

PROGRAM „OPIEKA WYTCNIENIOWA” dla jednostek samorządowych edycja 2024 – EDYCJA 2024

POTWIERDZENIE UCZESTNICTWA

Ja niżej podpisany/a

Potwierdzam swoje uczestnictwo w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 finansowanego z Funduszu Solidarnościowego w ramach pobytu dziennego w miejscu zamieszkania w ilości **179** godz.

Oświadczam, że:

- c) Zapoznałem/am się z regulaminem Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.
- d) Jestem świadomy/a, że w godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej nie mogą być świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 901 z późn. zmian.), usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub z innych źródeł.
- e) Zostałem/am poinformowany/a, że udział w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 jest bezpłatny.
- f) Zapoznałem/am się z Klauzulą informacyjną dotyczącą ochrony danych osobowych i wyrażam zgodę na ich przetwarzanie dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.
- g) Dane zawarte we wszystkich dokumentach złożonych w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 są zgodne z prawdą.⁵
- h) Przyjmuje do wiadomości, że:
 - e) usługi w formie pobytu dziennego mogą nieprzerwanie być świadczone nie dłużej niż przez 12 godzin w godzinach 6.00 – 22.00,
 - f) usługi będą świadczone do 20.12.2024 r. Realizacja usług po wskazanym terminie jest możliwa wyłącznie w przypadku przedłożenia nie później niż do 15.12.2024 r. pisemnego wniosku wraz z harmonogramem potrzeb w ramach uzyskanego limitu godzin.
 - g) usługi będą świadczone w okresie obowiązywania orzeczenia o niepełnosprawności. Wydłużenie terminu wykorzystywania przyznanego limitu godzin będzie możliwe po dostarczeniu nowego, aktualnego orzeczenia wskazującego na spełnienie kryteriów programowych
- h) Realizator może odstąpić od przyznanej pomocy w przypadku:

- j) braku możliwości rozpoczęcia realizacji usług w terminie dwóch miesięcy od daty poinformowania o zakwalifikowaniu do Programu z winy Uczestnika programu spowodowanej np. nie wskazaniem/przyjęciem wskazanego opiekuna, uniemożliwiającym zawarcie stosowanej umowy z opiekunem,
- k) bezzasadnego długotrwałego niekorzystania z przyznanej pomocy.

Jednocześnie zobowiązuję się do:

- Wypełniania dokumentów związanych z realizacją Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.
- Informowania o wszelkich zmianach okoliczności mogących mieć wpływ na realizację Programu.

Miejscowość, dnia

.....
Podpis

PROGRAM „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.

POTWIERDZENIE UCZESTNICTWA

Ja niżej podpisany/a.....

Potwierdzam swoje uczestnictwo w Programie „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 finansowanego z Funduszu Solidarnościowego w ramach pobytu całodobowego w ośrodku/placówce w ilości **7 dni**.

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem/am się z regulaminem Programu „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.
2. Jestem świadomy/a, że w godzinach realizacji usług opieki wychnieniowej nie mogą być świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 901 z późn. zmian.), usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub z innych źródeł.
3. Zostałem/am poinformowany/a, że udział w „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 jest bezpłatny.
4. Zapoznałem/am się z Klauzulą informacyjną dotyczącą ochrony danych osobowych i wyrażam zgodę na ich przetwarzanie dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024. Dane zawarte we wszystkich dokumentach złożonych w ramach ww. Programu są zgodne z prawdą.⁶
5. Przyjmuje do wiadomości, że usługa będzie realizowana w:
7. Ośrodku/placówce wpisanej do rejestru właściwego wojewody zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym lub
8. Innym Ośrodku/placówce spełniającym kryteria dostępności, które otrzyma pozytywna opinie gminy/powiatu.

Jednocześnie zobowiązuję się do:

1. Wypełniania dokumentów związanych z realizacją Programu „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 oraz Informowania o wszelkich zmianach okoliczności mogących mieć wpływ na realizację ww. Programu.

Miejscowość, dnia

.....
Podpis

OŚWIADCZENIE CZŁONKA KOMISJI REKRUTACYJNEJ

Imię i nazwisko

Upředzony/a o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych informacji oświadczam, że:

6. Nie ubiegam się o uczestnictwo w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024;
7. Nie pozostaję z żadnym z Kandydatów do Programu w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że może to budzić uzasadnione wątpliwości co do mojej bezstronności.

....., dnia.....r.

(miejscowość)

.....

(czytelny podpis)

W związku z zaistnieniem okoliczności o której mowa w pkt.¹ podlegam wyłączeniu z dalszych prac w Komisji Rekrutacyjnej.

....., dnia.....r.

(miejscowość)

.....

(czytelny podpis)

¹ Wskazać właściwy punkt, jeżeli dotyczy.

Karta oceny złożonych dokumentów

Imię i Nazwisko Kandydata

Data wpływu Karty zgłoszenia do programu

Termin ważności orzeczenia o niepełnosprawności

Kandydat z niepełnosprawnością posiadający orzeczenie:

o znacznym stopniu niepełnosprawności,

o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną,

L.p.	Kryterium oceny	Liczba punktów do przyznania	Liczba punktów przyznanych	Uwagi
1.	Czy Kandydat zamieszkuje samotnie?	a) Tak - 1 pkt b) Nie - 0 pkt		
2.	Czy Kandydat porusza się w domu: (punkty nie sumują się)			
	a) samodzielnie	a) Tak - 0 pkt b) Nie - 1 pkt		
	b) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp.	• Tak - 1 pkt • Nie - 0 pkt		
	c) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych	a) Tak - 2 pkt b) Nie - 0 pkt		
3.	Czy Kandydat porusza się poza miejscem zamieszkania: (punkty nie sumują się)			
	a) samodzielnie	a) Tak - 0 pkt b) Nie - 1 pkt		



	b) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp.	Tak - 1 pkt Nie - 0 pkt		
	c) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych	Tak - 2 pkt Nie - 0 pkt		
4.	Czy Kandydat korzysta z innych form wsparcia ?	a) Tak - 0 pkt b) Nie - 1 pkt		
5.	Czy Kandydat korzysta z usług opiekuńczych ?	1. Tak - 0 pkt 2. Nie – 1 pkt		
6.	Sposób funkcjonowania w środowisku.	Od 0 do 3 pkt.		
	Razem:	Maksymalna liczba punktów: 10 pkt		