

**UCHWAŁA NR
RADY MIEJSKIEJ W STARGARDZIE**

z dnia 2023 r.

w sprawie przyjęcia programu osłonowego „Opieka wytnieniowa w Stargardzie w 2023 roku”

Na podstawie art. 17 ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2021 r. poz. 2268 z późn. zm.), art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2022 r. poz. 559 i 583) uchwala się, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się program osłonowy „Opieka wytnieniowa w Stargardzie w 2023 roku”, zwany dalej „Programem”, stanowiący załącznik nr 1 do niniejszej uchwały.

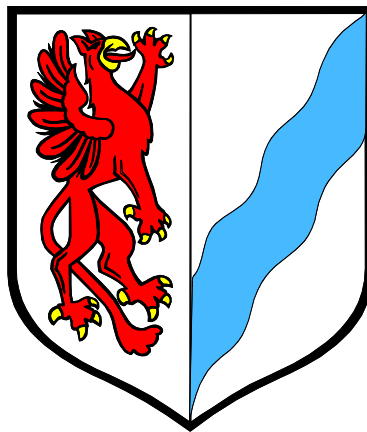
§ 2. Określa się wzory:

- 1) Karty zgłoszenia do Programu, stanowiący załącznik nr 2 do uchwały,
- 2) Karty rozliczenia usług opieki wytnieniowej w ramach Programu, stanowiący załącznik nr 3 do uchwały,
- 3) Indywidualnego zakresu usług opiekuńczych opieki wytnieniowej, stanowiący załącznik nr 4 do uchwały,
- 4) Protokołu kontroli jakości usług świadczonych w ramach Programu, stanowiący załącznik nr 5 uchwały.

§ 3. Wykonanie uchwały powierza się Prezydentowi Miasta Stargard.

§ 4. Uchwała wchodzi w życie po upływie 14 dni od jej ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Województwa Zachodniopomorskiego.

**Prezydent Miasta
Stargard**



**PROGRAM OSŁONOWY
„Opieka wytchnieniowa” w Stargardzie w 2023 roku.**

Luty 2023 r.

I. WSTĘP

Program jest kierowany do członków rodzin lub opiekunów, którzy wymagają wsparcia w postaci doraźnej, czasowej przerwy w sprawowaniu bezpośredniej opieki nad dziećmi z orzeczeniem o niepełnosprawności, a także nad osobami posiadającymi orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, będących mieszkańcami Miasta Stargard.

II. PODSTAWA PRAWNA PROGRAMU

Program ośłonowy „Opieka wytchnieniowa” w Stargardzie w 2023 roku jest programem ośłonowym w rozumieniu art. 17 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2021 r. poz. 2268 z późn. zm.). Program uchwalany jest przez Radę Miejską w Stargardzie.

III. DIAGNOZA POTRZEBY REALIZACJI PROGRAMU

Z analizy danych zawartych w sprawozdaniach Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Stargardzie wynika, że usługi świadczone na rzecz mieszkańców powinny być w szczególności ukierunkowane na osoby chore, niepełnosprawne oraz na wsparcie ich opiekunów sprawujących na co dzień bezpośrednią opiekę. Zachodzi zatem konieczność zapewnienia bądź zwiększenia ilości usług w zakresie opieki i wsparcia w codziennych czynnościach dla tej grupy mieszkańców. Z uwagi na to, że wiele osób sprawując opiekę nad osobą zależną (dzieckiem, rodzicem lub współmałżonkiem) nie może liczyć na pomoc rodziny, konieczne jest zapewnienie ze strony władz samorządowych pomocy w formie opieki wytchnieniowej. Dotychczasowe doświadczenie w zakresie prowadzonych programów pokazuje, że cieszą się one ogromnym zainteresowaniem i zasadne jest opracowanie programu ośłonowego w tym zakresie. Z takiej formy wsparcia w latach 2021-2022 skorzystało łącznie 59 mieszkańców miasta (2021 r. – 25 mieszkańców, 2022 r. - 34 mieszkańców).

Według danych uzyskanych z Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Stargardzie wynika, że w 2022 roku wydanych zostało 1466 (w 2021 r. - 1538) orzeczeń w tym 513 orzeczeń o znacznym stopniu niepełnosprawności dla osób dorosłych (w 2021 r. - 573) i 201 (w 2021 r. - 207) orzeczeń o niepełnosprawności w wieku do 16 roku życia.

Natomiast z danych Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Stargardzie w roku 2022 świadczenie pielęgnacyjne wypłacane było dla 397 osób uprawnionych (w 2021 r. – 399 osób uprawnionych). Pomocą w formie usług opiekuńczych w 2022 r. objętych było 236 mieszkańców miasta (w 2021 r. - 219).

Powyższa analiza wskazuje na konieczność podjęcia działań mających na celu zwiększenie dostępności do usługi tego typu a tym samym opracowanie programu osłonowego, który umożliwi opiekunom osób zależnych wsparcie w ich codziennych obowiązkach i zapewnienie im czasowego zastępstwa w sprawowaniu opieki nad osobą niepełnosprawną. W ostatnich latach obserwuje się wzrost liczby osób korzystających ze wsparcia w formie usług opiekuńczych i opieki wytchnieniowej, co oznacza zwiększenie potrzeb w zakresie opieki nad osobami niesamodzielnymi.

Dzięki temu wsparciu osoby zaangażowane na co dzień w sprawowanie opieki dysponować będą czasem, który będą mogły przeznaczyć na odpoczynek i regenerację, jak również na załatwienie niezbędnych spraw.

IV. CELE PROGRAMU

Program jest odpowiedzią na potrzeby, jakie stawiają przed Miastem Stargard zachodzące procesy demograficzne oraz elementem polityki społecznej w zakresie wsparcia działań na rzecz osób niesamodzielnymi ze względu na stan zdrowia. Program jest formą wsparcia członków rodziny lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad:

- niepełnosprawnymi osobami dorosłymi posiadającymi orzeczenie o znacznym, umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2021 r. poz. 573 z późn. zm.),
- dziećmi z orzeczeniem o niepełnosprawności.

W ramach Programu planuje się objąć wsparciem członków rodzin lub opiekunów osób sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobami zależnymi w liczbie nie większej niż 25 osób. Program ma zapewnić członkom rodzin lub opiekunom osób niepełnosprawnych czasowe odciążenie od codziennych obowiązków związanych ze sprawowaniem opieki nad osobą zależną oraz zapewnienie czasu na odpoczynek i regenerację.

V. ADRESACI PROGRAMU

Program skierowany jest do zamieszkujących na terenie miasta Stargard członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad dziećmi z orzeczeniem o niepełnosprawności oraz osobami posiadającymi orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, którzy wymagają usług opieki wytchnieniowej.

Wsparcie udzielane będzie **19 opiekunom osób dorosłych i 6 opiekunom dzieci** zgłaszającym się do Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Stargardzie -

zwanego dalej Ośrodkiem. Udzielenie wsparcia, w ramach programu, nie zależy od kryterium dochodowego, jak również nie jest przyznawane w drodze decyzji administracyjnej.

Usługi opieki wytchnieniowej przysługują w przypadku wspólnego zamieszkiwania członka rodziny lub opiekuna i pozostawania we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą niepełnosprawną i sprawowania całodobowej opieki nad tą osobą.

Zadania Programu będą realizowane w ramach limitu do 180 godzin usług w 2023 roku przypadającego na osobę niepełnosprawną i na opiekuna w ramach opieki dziennej w miejscu zamieszkania (z zapewnieniem udzielania indywidualnego wsparcia).

VI. ZAKRES PODMIOTOWY I PRZEDMIOTOWY PROGRAMU

1. Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej przyznaje usługi opieki wytchnieniowej w odniesieniu do osób niepełnosprawnych, członków ich rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobami niepełnosprawnymi, mieszkających na terenie miasta Stargard.
2. Program będzie realizowany w terminie od 1 kwietnia do dnia 31 grudnia 2023 r.
3. Do programu kwalifikowane będą osoby spełniające kryteria w nim określone, zgłaszające się bezpośrednio do Ośrodka. Przyznając usługę opieki wytchnieniowej brany będzie pod uwagę stan zdrowia i sytuacja życiowa uczestników Programu, uwzględniająca potrzeby rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobą zależną, która stale przebywa w domu, tj. nie korzysta z ośrodka wsparcia lub placówek pobytu całodobowego, np. Ośrodka szkolno-wychowawczego czy internatu. Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej opracuje procedurę postępowania w sprawie przyznania usługi opieki wytchnieniowej.
4. Program realizuje Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej jako samorządowa jednostka organizacyjna pomocy społecznej w formie świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej.
5. Kosztem realizacji zadania jest wydatek, jaki ponosi Gmina-Miasto Stargard w związku z zatrudnieniem osób (opiekunów) do realizacji usługi opieki wytchnieniowej w wymiarze 40 zł brutto za 1 godzinę wynagrodzenia osoby sprawującej opiekę nad osobą niepełnosprawną w miejscu zamieszkania.
6. Usługi opieki wytchnieniowej będą świadczone przez osoby:
 - a) posiadające dyplom potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie asystent osoby niepełnosprawnej/pielęgniarki lub innym lub
 - b) posiadające, co najmniej 6-miesięczne udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy/opieki osobom niepełnosprawnym. Doświadczenie powinno być udokumentowane. Osoby te będą zatrudnione przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej.

Osoby zatrudnione do realizacji usługi wytchnieniowej mogą być również wskazane przez uczestnika Programu pod warunkiem spełniania ww. wymogów.

7. Do zadań Ośrodka, związanych z realizacją programu, należy w szczególności zorganizowanie, realizacja i koordynacja programu w Mieście oraz bieżący monitoring.
8. Przeznaczone środki wydatkowane będą zgodnie z zasadą celowego i racjonalnego wydatkowania środków publicznych, przestrzegając dyscypliny finansów publicznych.
9. Program realizowany będzie przez 7 dni w tygodniu w godzinach od 7.00 do 21.00. W godzinach realizacji usług 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.).
10. Usługa opieki wytchnieniowej przyznawana będzie na podstawie Karty zgłoszenia do Programu. Uczestnik Programu, któremu przyznano usługę nie ponosi odpłatności za realizację usług w ramach Programu. Opiekun wykonujący usługę opieki wytchnieniowej dokonuje rozliczenia usług na podstawie wypełnionej Karty rozliczenia usług opieki wytchnieniowej. Zakres wsparcia ustala indywidulanie pracownik socjalny.
11. Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Stargardzie będzie przeprowadzał doraźne kontrole świadczonych usług opieki wytchnieniowej w przypadku zgłoszenia o nieprawidłowościach w ich wykonaniu. Czynności w ramach kontroli będą przeprowadzone i dokumentowane bezpośrednio w miejscu realizacji usług (wzór nr 4).

VII. FINANSOWANIE PROGRAMU

Program finansowany będzie ze środków Gminy Miasto Stargard.

VIII. ZADANIA MIEJSKIEGO OŚRODKA POMOCY SPOŁECZNEJ W STARGARDZIE REALIZUJĄCEGO PROGRAM

1. Koordynacja, monitorowanie oraz nadzór nad realizacją programu w Gminie- Miasto Stargard.
2. Rozeznanie potrzeb osób niepełnosprawnych/opiekunów osób niepełnosprawnych w Gminie - Miasto Stargard.
3. Realizacja zgłoszeń osób niepełnosprawnych/opiekunów osób niepełnosprawnych, dokonywanych bezpośrednio do Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej.
4. Zatrudnianie osób z odpowiednim wykształceniem świadczących usługę opieki wytchnieniowej.

IX. MONITORING I SPRAWOZDAWCZOŚĆ

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Stargardzie na bieżąco monitoruje realizację programu. Sprawozdanie z realizacji programu uwzględniające rzeczywistą liczbę osób objętych wsparciem w ramach programu oraz koszt realizacji pomocy uwzględnione zostanie w rocznym sprawozdaniu z działalności Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej za 2023 rok.

X. OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Stargardzie jest administratorem danych osobowych w zakresie beneficjentów pozyskanych dla celów realizacji programu. Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych dostępne są w siedzibie Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Stargardzie.

KARTA ZGŁOSZENIA DO PROGRAMU OPIEKA WYTCHNIENIOWA

I. Dane osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej (opiekuna osoby niepełnosprawnej sprawującego bezpośrednią opiekę):

Imię i nazwisko:

.....

Data urodzenia:

.....

Adres zamieszkania:

.....

.....

Telefon:

.....

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 (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 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):

.....

III. Wymiar i miejsce świadczenia usług opieki wytchnieniowej:

- miejsce *
- w godzinach *
- w dniach *

IV. 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 się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu.
4. Oświadczam, że w godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej 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.).

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 świadczenia opieki, godziny i dni

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

*** odpowiednie podkreślić

**Karta rozliczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu
osłonowego „Opieka wytchnieniowa”**

**I. Dane osoby, której przyznane zostały usługi opieki wytchnieniowej
(opiekuna prawnego/członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej):**

Imię i nazwisko:

.....

Data urodzenia:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Telefon:

.....

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

Imię i nazwisko:

.....

Data urodzenia:

.....

Adres zamieszkania:

.....

III. Informacje dot. realizowanych usług opieki wytchnieniowej:

1. Opieka wytchnieniowa przyznana w wymiarze:

.....

2. Miejsce realizacji usług opieki wytchnieniowej:

.....

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
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						

3. Łączna liczba godzin/dni świadczonej opieki wytchnieniowej wynosi
.....godzin;

4. Potwierdzam zgodność karty realizacji Programu:

.....

Data i podpis osoby reprezentującej realizatora usług

5. Potwierdzam zgodność karty realizacji usług opieki wytchnieniowej:

.....

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

**INDYWIDUALNY ZAKRES USŁUG OPIEKUŃCZYCH OPIEKI
WYTCHNIENIOWEJ**

.....
Imię i nazwisko osoby objętej usługą

.....
Adres zamieszkania

Zakres usług	
Podanie posiłków	
Pomoc w spożywaniu posiłków	
Nadzór w przyjmowaniu leków, zabiegi zlecone przez lekarza	
Pomoc przy myciu chorego	
Pomoc przy załatwianiu potrzeb fizjologicznych (odprowadzanie do toalety)	

Zakładanie i zmiana pielucho - majtek/pampersa	
Zapobieganie powstawaniu odleżyn i odparzeń	
Zmiana bielizny osobistej i w razie zabrudzenia w trakcie sprawowania opieki także pościelowej	
Kontakt z lekarzem rodzinnym, pielęgniarką środowiskową w razie zaistnienia takiej potrzeby w trakcie sprawowania opieki	
Czytanie	
Spacer z chorym	
Inne:	

Podpis osoby ubiegającej się o usługi opiekuńcze opieki wytchnieniowej:

.....

Sporządził

Stargard, dnia.....

PROTOKÓŁ KONTROLI

Stargard, dnia r.

.....

(pieczęć Realizatora Programu)

PROTOKÓŁ Nr

z przeprowadzonej w dniu kontroli jakości świadczonych
usług w ramach Programu osłonowego „Opieka wytchnieniowa”

GODZINA ROZPOCZĘCIA KONTROLI:	
GODZINA ZAKOŃCZENIA KONTROLI:	

I. MIEJSCE DOKONANIA KONTROLI:

.....
.....

II. IMIĘ I NAZWISKO OSÓB PRZEPROWADZAJĄCYCH KONTROLĘ ORAZ STANOWISKO SŁUŻBOWE:

1.
2.

This image shows a full page of white paper with horizontal dotted lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a guide for handwriting or typing. There are no margins, text, or other markings on the page.

.....

.....