Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej
tel. 62 592 11 22 ul. Limanowskiego 17
e-mail: mopsostrow@osw.pl 63-400 Ostrów Wielkopolski

Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

Załącznik Nr1
do zarządzenia Nr 5/2025
Dyrektora MOPS z dnia 03 lutego 2025r.

Regulamin rekrutacji i realizacji Programu Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego"- edycja 2025, realizowanego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Ostrowie Wielkopolskim

§1.

Postanowienia ogólne

1. Podstawą realizacji usługi opieki wytchnieniowej, jest Program Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej - „Opieki wytchnieniowej" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025,
2. Regulamin ustala zasady rekrutacji i realizacji świadczenia usługi „Opieki wytchnieniowej" dla Jednostek Samorządu Terytorialego - edycja 2025 przez Gminę Miasto Ostrów Wielkopolski gdzie realizatorem Programu jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Ostrowie Wielkopolskim ul. Limanowskiego 17, zwanego dalej „Ośrodkiem".
3. Usługa opieki wytchnieniowej jest realizowana w ramach Programu Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieki wytchnieniowa"- dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, który w całości jest finansowany ze środków **Funduszu Solidarnościowego**.

§ 2.

Adresaci programu

1. Adresatami programu są członkowie rodzin/ opiekunowie zamieszkujący we wspólnym gospodarstwie domowym oraz sprawujący bezpośrednią opiekę nad:

   1) dziećmi od ukończenia 2 roku życia do ukończenia 16 roku życia posiadającymi orzeczenie o niepełnosprawności lub
   2) osobami posiadającymi orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo posiadającymi orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych

§ 3.

Cele Programu

1. Głównym celem Programu jest wsparcie członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobami, o których mowa w § 2. Realizacja programu umożliwi im uzyskanie doraźnej, czasowej pomocy w formie usługi opieki wytchnieniowej, tj. odciążenie od codziennych obowiązków łączących się ze sprawowaniem opieki nad osobą z niepełnosprawnością przez zapewnienie czasowego zastępstwa w tym zakresie. Dzięki temu wsparciu, osoby zaangażowane na co dzień w sprawowanie opieki nad osobą z niepełnosprawnością dysponować będą czasem, który mogą przeznaczyć na odpoczynek i regenerację, jak również na załatwienie niezbędnych spraw życiowych. Usługi opieki wytchnieniowej mogą służyć również okresowemu zabezpieczeniu potrzeb osoby z niepełnosprawnością w sytuacji, gdy członkowie rodzin lub opiekunowie z różnych powodów nie będą mogli wykonywać swoich obowiązków.
2. **Ośrodek będzie kwalifikował do udziału w Programie w szczególności opiekunów osób niepełnosprawnych, którzy nie korzystają z innych form pomocy, przez co nie mają zapewnionego odpoczynku od opieki nad osobą niepełnosprawną a sprawują opiekę nad osobą niepełnosprawną, która stale przebywa w domu.**

§ 4.

Rekrutacja do udziału w programie

1. Ośrodek kwalifikuje do przyznania usługi w ramach Programu „Opieki wytchnieniowej" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025 realizowanego w formie pobytu dziennego w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej na podstawie następujących dokumentów:
   a) Karta zgłoszenia do Programu (Załącznik nr 7 do Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025)
   b) Klauzula informacyjna RODO (Załącznik nr 11 do Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2025)
   c) Klauzula informacyjna RODO – MOPS.

d) Kserokopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności .

2. Dokumenty należy składać w formie papierowej w siedzibie Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Ostrowie Wielkopolskim ul. Limanowskiego 17, w pokoju numer 15 od 13.02.2025 roku do 18.02.2025 roku od poniedziałku do piątku w godzinach od 7:00-15:00.
3. Pierwszeństwo udziału w Rekrutacji mają osoby, które złożyły w wymaganym terminie Deklarację udziału w Programie.
4. Liczba miejsc w programie jest ograniczona.
5. Realizator planuje objęcie wsparciem 36 osób w tym :
   a) **8 opiekunów dzieci** z orzeczeniem o niepełnosprawności (opiekunów dzieci od ukończenia 2 roku życia do ukończenia 16 roku życia) w wymiarze **240 godzin opieki wytchnieniowej,**
   b) **27 opiekunów osób** posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie równoważne w wymiarze **240 godzin opieki wytchnieniowej,**
   c) **1 opiekuna osoby** posiadającej orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie równoważne w wymiarze **143 godzin opieki wytchnieniowej**.
6. Złożenie dokumentów nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do udziału w Programie.
7. Zgłoszenia do programu będą rozpatrywane przez Komisję Rekrutacyjną powołaną przez Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej.
8. Sytuacja Kandydata do udziału w Programie zostanie zweryfikowana w miejscu zamieszkania przez pracownika Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Ostrowie Wielkopolskim. na podstawie „Karty Oceny kandydata" do udziału w Programie (Załącznik nr 1 do Regulaminu).
9. W przypadku uzyskania takiej samej liczby punktów przez kandydatów na ostateczną decyzję dotyczącą zakwalifikowaniu do Programu wpływ ma ocena i uwagi pracownika Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej.
10. Osoby zakwalifikowane do udziału w programie otrzymają pisemne potwierdzenie objęcia usługami opieki wytchnieniowej wraz z ilością przyznanych godzin.
11. Kwalifikując do udziału w Programie Ośrodek będzie brał pod uwagę następujące kryteria:

1) **Kandydat/Kandydatka jest osobą sprawującą opiekę nad osobą niepełnosprawną, która stale przebywa w domu i nie korzysta np. z ośrodka wsparcia, z placówek pobytu całodobowego, ze Środowiskowego Domu Samopomocy, z Dziennego Domu Pomocy, z Warsztatu Terapii Zajęciowej, placówki oświatowej.**

TAK (jeśli tak podać przyczynę np. stan zdrowia lub inne) **5 pkt.**	**NIE** (jeśli nie podać nazwę placówki oraz średnią ilość godzin pobytu w placówce) **0 pkt.**
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

2) **Kandydat/ Kandydatka sprawuje opiekę nad osobą niepełnosprawną, która korzysta z pomocy i wsparcia w formie: usług opiekuńczych, specjalistycznych usług opiekuńczych, usług asystencji osobistej lub innych form pomocy obejmujących analogiczne wsparcie.**

TAK (jeśli tak wymienić z jakich form pomocy korzysta i w jakim wymiarze godzinowym) **0 pkt.**	**NIE** (jeśli nie podać przyczynę) **15 pkt.**
.....	.....
.....	.....

3) **Kandydat/ Kandydatka jest osobą, której stan zdrowia wymaga przyznania usług opieki wytchnieniowej.**

TAK (jeśli tak opisać czy kandydat posiada orzeczenie o niepełnosprawności, choruje przewlekle, jest osobą straszą i sprawowanie opieki sprawia jej szczególną trudność, sprawowanie opieki wypłynęło na kondycję psychiczną kandydata.) **5 pkt.**	**NIE** **0 pkt.**
.....	.....
.....	.....

4) **Kandydat/ Kandydatka jest osobą, której sytuacja życiowa wymaga przyznania usług opieki wytchnieniowej.**

TAK (jeśli kandydat zamieszkuje sam z osobą niepełnosprawną i nie ma możliwości korzystania ze wparcia bliskich, sprawowanie opieki nad osobą niepełnosprawną stanowi znaczne obciążenie finansowe np. zakup leków środków opatrunkowych inne istotne czynniki) **5 pkt.**	**NIE** (są inni członkowie rodzinny mogący zapewnić pomoc lub wsparcie w sprawowaniu opieki) **0 pkt.**
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

5) **Kandydat/ Kandydatka sprawuje opiekę nad osobą niepełnosprawną, której stan zdrowa nie pozwala na zaspokojenie podstawowych potrzeb życiowych**

TAK (osoba niepełnosprawna jest osobą leżącą, wymaga wykonywania czynności pielęgnacyjnych, karmienia, kontakt jest utrudniony) 5 pkt.	**NIE (jeśli osoba niepełnosprawna jest osobą poruszającą się samodzielnie, która jest w stanie zaspokoić podstawowe potrzeby życiowej) 0 pkt.**
.....	.....
.....	.....

§ 5.

Zasady uczestnictwa w Programie

1. Usługi opieki wytcnieniowej będą świadczone w formie pobytu dziennego w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością .
2. W godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków Funduszu, wobec osoby z niepełnosprawnością objętej usługą 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, inne usługi finansowane ze środków Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie do usług opieki wytchnieniowej finansowane ze środków publicznych.

3. Usługi opieki wytchnieniowej dla członka rodziny (członków rodziny) lub opiekuna (opiekunów) sprawującego bezpośrednią opiekę nad więcej niż jedną osobą z niepełnosprawnością muszą być realizowane w tym samym czasie, z zastrzeżeniem zapewnienia adekwatnej opieki, stosownie do potrzeb osoby z niepełnosprawnością. W szczególnych przypadkach, gdy usługa opieki wytchnieniowej nie może lub nie powinna być wykonywana w tym samym czasie, za uprzednią zgodą realizatora Programu, usługi opieki wytchnieniowej dla członka rodziny (członków rodziny) lub opiekuna (opiekunów) sprawującego bezpośrednią opiekę nad więcej niż jedną osobą z niepełnosprawnością mogą być realizowane w innym czasie w odniesieniu do opieki wytchnieniowej sprawowanej nad każdą z osób z niepełnosprawnością, z zachowaniem ilości przyznanych godzin.
4. Maksymalna długość nieprzerwanego świadczenia usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego wynosi 12 godzin dla jednego uczestnika Programu, z zastrzeżeniem limitów, określonych w § 4 pkt 5.
5. Usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego mogą być świadczone w godzinach 6.00 - 22.00. przez 7 dni w tygodniu.
6. Usługa opieki wytchnieniowej nie może być świadczona przez członków rodziny, opiekunów prawnych lub osoby faktycznie zamieszkujące razem z uczestnikiem Programu. Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny osoby z niepełnosprawnością uznaje się wstępnych oraz zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością.
7. Usługi opieki wytchnieniowej, mogą być świadczone, przez osoby niebędące członkami rodziny osoby z niepełnosprawnością, opiekunami osoby z niepełnosprawnością lub osobami faktycznie zamieszkującymi razem z osobą z niepełnosprawnością, które:
   1) posiadają dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie: asystent osoby

niepełnosprawnej, pielęgniarka, siostra PCK, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, fizjoterapeuta lub, za zgodą realizatora Programu, w innych zawodach i specjalnościach o charakterze medycznym lub opiekuńczym, lub

2) posiadają co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami, np. doświadczenie zawodowe, doświadczenie w udzielaniu wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w formie wolontariatu lub
3) zostaną wskazane przez uczestnika Programu w Karcie zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2025.

8. W sytuacji gdy uczestnik nie wskażę osoby do świadczenia usługi opieki wytcnieniowej będzie oczekiwał na dobór osoby spełniającej kwalifikacje do realizacji usług opieki wytcnieniowej przez Ośrodek.
9. Decyzję w zakresie formy zatrudnienia osoby do realizacji usług opieki wytchnieniowej podejmuje Ośrodek.
10. W przypadku nieobecności osoby świadczącej usługi opieki wytchnieniowej usługi nie będą realizowane.

§ 7.

Zakres usług opieki wytchnieniowej

1. W ramach usługi opieki wytchnieniowej zapewniane jest okresowe wsparcie w zabezpieczeniu potrzeb osoby z niepełnosprawnością, w zastępstwie członków rodziny lub opiekunów sprawujących na co dzień bezpośrednią opiekę.
2. Rodzaj i zakres godzinowy usług opieki wytchnieniowej jest uzależniony od osobistej sytuacji uczestnika Programu, z uwzględnieniem stopnia i rodzaju niepełnosprawności osoby z niepełnosprawnością, nad którą uczestnik Programu sprawuje opiekę.
3. Usługi opieki wytchnieniowej w szczególności obejmują wsparcie :
   - w czynnościach samoobsługowych w tym utrzymywanie higieny osobistej
   - w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie
   - w przemieszczaniu się poza miejsce zamieszkania
   -w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowania się z otoczeniem

§ 9.

Obowiązki uczestnika Programu

1. O wszelkich zmianach mających wpływ na prawo do korzystania z usług opieki wytchnieniowej albo na wymiar limitu godzin usług opieki wytchnieniowej (np. utrata statusu osoby z niepełnosprawnością, zmiana stopnia niepełnosprawności, korzystanie w danym roku kalendarzowym z usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków z Funduszu ramach innych programów Ministra dotyczących usług opieki wytchnieniowej) uczestnik obowiązany jest niezwłocznie poinformować realizatora Programu, nie później niż w ciągu 7 dni od dnia nastąpienia zmiany.
2. Uczestnik biorąc udział w Programie, wyraża zgodę na doraźną kontrolę oraz monitoring świadczonych usług prowadzony bezpośrednio w miejscu ich realizacji, zgodnie z zapisami z części V Programu pkt.29.

§ 10.

Postanowienia końcowe

1. Uczestnik programu jest zobowiązany do przestrzegania niniejszego Regulaminu.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszym Regulaminie, obowiązują zapisy Programu „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.
3. W sprawach innych nie wynikających z zapisów Programu „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, ogłoszonego przez Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej ani niniejszego regulaminu decyzję co do rozstrzygnięć podejmuje Dyrektor Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Ostrowie Wielkopolskim.

DYREKTOR
Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej
dr Krystyna Kois-Jaźwiec

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej
tel. 62 592 11 22
e-mail: mopsostrow@osw.pl
ul. Limanowskiego 17
63-400 Ostrów Wielkopolski

Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

Załączniki nr 1 do Regulaminu

Karta Oceny Kandydata

Data posiedzenia komisji .....
Imię i nazwisko Kandydata/tki .....
Adres .....
Rodzaj niepełnosprawności .....

1) **Kandydat/Kandydatka jest osobą sprawującą opiekę nad osobą niepełnosprawną, która stale przebywa w domu i nie korzysta np. z ośrodka wsparcia, z placówek pobytu całodobowego, ze Środowiskowego Domu Samopomocy, z Dziennego Domu Pomocy, z Warsztatu Terapii Zajęciowej, placówki oświatowej.**

TAK ((jeśli tak podać przyczynę np. stan zdrowia lub inne) **5 pkt.**	**NIE** (jeśli nie podać nazwę placówki oraz średnią ilość godzin pobytu w placówce) **0 pkt.**
.....	.....
.....	.....

2) **Kandydat/ Kandydatka sprawuje opiekę nad osobą niepełnosprawną, która korzysta z pomocy i wsparcia w formie: usług opiekuńczych, specjalistycznych usług opiekuńczych, usług asystencji osobistej lub innych form pomocy obejmujących analogiczne wsparcie.**

TAK (jeśli tak wymienić z jakich form pomocy korzysta i w jakim wymiarze godzinowym) **0 pkt.**	**NIE** (jeśli nie podać przyczynę) **15 pkt.**
.....	.....
.....	.....

3) **Kandydat/ Kandydatka jest osobą, której stan zdrowia wymaga przyznania usług opieki wytchnieniowej.**

TAK (jeśli tak opisać czy kandydat posiada orzeczenie o niepełnosprawności, choruje przewlekle, jest osobą straszą i sprawowanie opieki sprawia jej szczególną trudność, sprawowanie opieki wypłynęło na kondycję psychiczną kandydata.) **5 pkt.**	**NIE** **0 pkt.**
.....	.....
.....	.....

4) Kandydat/ Kandydatka jest osobą, której sytuacja życiowa wymaga przyznania usług opieki wytchnieniowej.

TAK (jeśli kandydat zamieszkuje sam z osobą niepełnosprawną i nie ma możliwości korzystania ze wparcia bliskich, sprawowanie opieki nad osobą niepełnosprawną stanowi znaczne obciążenie finansowe np. zakup leków środków opatrunkowych inne istotne czynniki) **5 pkt.**	**NIE** (są inni członkowie rodzinny mogący zapewnić pomoc lub wsparcie w sprawowaniu opieki) **0 pkt.**
.....	.....
.....	.....

5) Kandydat/ Kandydatka sprawuje opiekę nad osobą niepełnosprawną, której stan zdrowa nie pozwala na zaspokojenie podstawowych potrzeb życiowych.

TAK (osoba niepełnosprawna jest osobą leżącą, wymaga wykonywania czynności pielęgnacyjnych, karmienia, kontakt jest utrudniony) **5 pkt.**	**NIE** (jeśli osoba niepełnosprawna jest osobą poruszającą się samodzielnie, która jest w stanie zaspokoić podstawowe potrzeby życiowej) **0 pkt.**
.....	.....
.....	.....

Suma punktów .....

Na podstawie powyższych kryteriów komisja po dokonaniu oceny kwalifikuje/nie kwalifikuje do objęcia pomocą w formie usług opieki wytchnieniowej.

Usługi opieki wytchnieniowej przyznaje się w ilość ..... godzin.

Komisja w składzie :

1. .....
2. .....
3. .....