**Załącznik nr 1**

 **do Zarządzenia Wewnętrznego 16/2021**

**Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kaliszu**

 **z dnia 28 czerwca 2021 r.**

**REGULAMIN**

**NABORU I UCZESTNICTWA W PROGRAMIE MINISTERSTWA RODZINY I POLITYKI SPOŁECZNEJ**

**„Opieka Wytchnieniowa”­ - edycja 2021**

**Program „Opieka wytchnieniowa” - edycja 2021** (zwany dalej Programem) - kierowany jest do członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad dziećmi z orzeczoną niepełnosprawnością oraz nad osobami ze znacznym stopniem niepełnosprawności/osobami z orzeczeniami równoważnymi.

Celem programu jest wsparcie członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad: dziećmi z orzeczeniem o niepełnosprawności, osobami z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności oraz orzeczeniami równoważnymi.

Źródłem finansowania Programu są środki ujęte w planie finansowym Funduszu Solidarnościowego na 2021 r w kwocie 50 mln złotych, a ich dysponentem jest Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego.

**Definicje związane z programem:**

**Osoba niesamodzielna** – to osoba, u której z powodu naruszenia sprawności organizmu stwierdzono konieczność stałej albo długotrwałej opieki lub/i pomocy innych osób w zakresie: odżywiania, przemieszczania się, pielęgnacji ciała, higieny osobistej i otoczenia oraz prowadzenia gospodarstwa domowego.

**Opiekun nieformalny** – to osoba, która dostarcza trwałego, regularnego, fizycznego, emocjonalnego wsparcia oraz asystuje przy czynnościach dnia codziennego osobie, która jest fizycznie lub intelektualnie niepełnosprawna, psychicznie chora lub jest osoba starszą, której psychofizyczną kondycję można określić jako słabą. Pojęcie opiekuna nieformalnego obejmuje zarówno rodzinę, jak i sąsiadów czy przyjaciół, którzy również mogą sprawować opiekę nad osoba niesamodzielną, niepełnosprawnym dzieckiem czy seniorem.

**Opiekun formalny** – to osoba pełnoletnia opiekująca się osoba niesamodzielną, niebędącą opiekunem zawodowym i niepobierająca wynagrodzenia z tytułu opieki, najczęściej członek rodziny.

**Uczestnik program** – członek rodziny lub opiekun sprawujący bezpośrednią opiekę nad dzieckiem z orzeczeniem o niepełnosprawności oraz nad osoba ze znacznym stopniem niepełnosprawności/ orzeczeniem równoważnym.

**Realizator programu** – Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kaliszu, Plac Św. Józefa 5 62-800 Kalisz, tel. 62/ 501 42 92.

Program „Opieka wytchnieniowa” edycja 2021 finansowany jest ze środków Funduszu Solidarnościowego.

1. **Postanowienia ogólne**
2. Regulamin określa warunki naboru i uczestnictwa w Programie „Opieka Wytchnieniowa” edycja 2021, współfinansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego
3. Program realizowany jest na podstawie umowy nr 38/2021/OW z dnia 20 maja 2021 r. zawartej pomiędzy Wojewodą Wielkopolskim a Powiatem Kaliskim. Jednostką organizacyjną prowadzącą i nadzorującą realizację umowy jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kaliszu.
4. **Adresaci Programu**
5. Program skierowany jest do członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad dziećmi z orzeczoną niepełnosprawnością oraz nad osobami ze znacznym stopniem niepełnosprawności/osobami z orzeczeniami równoważnymi.
6. W ramach Programu, świadczeniem usługi opieki wytchnieniowej może zostać objęty członek rodziny lub opiekun wymieniony w ust. 1. zamieszkujący na terenie Powiatu Kaliskiego, w skład którego wchodzą następujące gminy: Blizanów, Brzeziny, Ceków Kolonia, Godziesze Wielkie, Koźminek, Lisków, Mycielin, Opatówek, Stawiszyn, Szczytniki, Żelazków.
7. **Cele Programu**

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

* dziećmi z orzeczeniem o niepełnosprawności,
* osobami z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności oraz orzeczeniami równoważnymi

poprzez możliwość uzyskania doraźnej, czasowej pomocy w formie usługi opieki wytchnieniowej.

W ramach celu głównego wyznaczone są cele szczegółowe:

1. W odniesieniu do rozwiązań systemowych:

* wzmocnienie dotychczasowego systemu wsparcia poprzez świadczenie usług opieki wytchnieniowej dla członków rodzin i opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad dziećmi z orzeczoną niepełnosprawnością oraz osobami dorosłymi ze znacznym stopniem niepełnosprawności/osobami z orzeczeniami równoważnymi.

2. W odniesieniu do członków rodziny lub opiekunów osób niepełnosprawnych:

* czasowe odciążenie od codziennych obowiązków łączących się ze sprawowaniem opieki, zapewnienie czasu na odpoczynek i regenerację,
* wzmocnienie osobistego potencjału oraz ograniczenie wpływu obciążeń psychofizycznych związanych ze sprawowaniem opieki poprzez wsparcie psychologiczne lub terapeutyczne,
* podnoszenie poziomu kompetencji dotyczących wsparcia osoby niepełnosprawnej za sprawą nauki technik wspomagania, pielęgnacji, prowadzenia działań rehabilitacyjnych w warunkach domowych oraz poprzez specjalistyczne poradnictwo w zakresie psychologicznych i społecznych aspektów wsparcia osób niepełnosprawnych, zagadnienia profilaktyki zdrowotnej i zdrowego stylu życia.
1. **Zakres podmiotowy i przedmiotowy programu**
2. W edycji 2021 Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kaliszu realizuje Program w zakresie formy trzeciej: świadczenie usług opieki wytchnieniowej poprzez zapewnienie członkom rodziny lub opiekunom sprawującym bezpośrednią opiekę nad dziećmi z orzeczeniem o niepełnosprawności oraz osobami niepełnosprawnymi ze znacznym stopniem niepełnosprawności/osobami z orzeczeniami równoważnymi możliwości skorzystania ze specjalistycznego poradnictwa (psychologicznego lub terapeutycznego) oraz wsparcia w zakresie nauki: pielęgnacji, rehabilitacji, dietetyki.
3. W roku 2021, ze względu na zmniejszoną kwotę przyznanego dofinansowania dla opieki wytchnieniowej świadczonej poprzez możliwość skorzystania ze specjalistycznego poradnictwa (psychologicznego lub terapeutycznego) oraz wsparcia w zakresie nauki pielęgnacji, rehabilitacji, dietetyki ustala się następujące limity:

- maksymalnie 20 godz. dla członków rodzin/opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad dziećmi z orzeczeniem o niepełnosprawności

- maksymalnie 10 godz. dla członków rodzin/opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobami z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności/orzeczeniem równoważnym.

1. Członek rodziny lub opiekun sprawujący bezpośrednią opiekę nad dzieckiem, osobą niepełnosprawną, którym przyznano pomoc w postaci usługi opieki wytchnieniowej nie ponosi odpłatności za usługę przyznaną w ramach Programu. Program finansowany jest ze środków pochodzących z Funduszu Solidarnościowego.
2. W ramach przyznanej usługi opieki wytchnieniowej w formie specjalistycznego poradnictwa (psychologicznego lub terapeutycznego) oraz wsparcia w zakresie nauki pielęgnacji, dietetyki, rehabilitacji prowadzona będzie Karta realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021 (załącznik nr 1 do Regulaminu).
3. **Nabór wniosków i warunki uczestnictwa w programie.**
4. Nabór wniosków o świadczenie usług opieki wytchnieniowej zaplanowany jest do 16 lipca 2021r.
5. Powiat kwalifikuje do przyznania/przyznaje usługi opieki wytchnieniowej na podstawie Karty Zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021 (załącznik nr 2 do Regulaminu).
6. Do Karty Zgłoszenia należy dołączyć:
* kserokopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności/ o niepełnosprawności;
* kartę oceny stanu dziecka/osoby niepełnosprawnej wg zmodyfikowanej skali FIM, (załącznik nr 3 do Regulaminu). Kartę pomiaru niezależności funkcjonalnej wg zmodyfikowanych kryteriów oceny – Skali FIM, uzupełnia: lekarz rodzinny/lekarz rehabilitacji medycznej/fizjoterapeuta/pielęgniarka. Jeśli wynik badania wg zmodyfikowanej skali FIM wyniesie od 0 – 75 punktów wówczas usługa opieki wytchnieniowej w pierwszej kolejności powinna trafić właśnie do członka rodziny lub opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad taką osobą niepełnosprawną. Karta pomiaru niezależności funkcjonalnej wg zmodyfikowanych kryteriów oceny nie jest dokumentem obowiązkowym, jednak w przypadku dużej liczby zgłoszeń uczestnicy Programu posiadający tę Kartę będą mieć zapewniony dostęp do usługi opieki wytchnieniowej w pierwszej kolejności;
* zapotrzebowanie na usługi w zakresie specjalistycznego poradnictwa psychologicznego lub terapeutycznego oraz wsparcia w zakresie nauki/pielęgnacji/ dietetyki/rehabilitacji (załącznik nr 4 do Regulaminu);
* klauzula informacyjna dotycząca ochrony danych osobowych.
1. Rekrutacji podlegają kompletne wnioski.
2. Złożenie dokumentów rekrutacyjnych nie jest równoważne z zakwalifikowaniem do udziału w Programie.
3. Wnioski rozpatrywane są w roku złożenia i nie przechodzą na kolejne lata.
4. Pierwszeństwo w korzystaniu z usługi opieki wytchnieniowej mają członkowie rodzin lub opiekunowie sprawujący bezpośrednią opiekę nad dziećmi z orzeczeniem o niepełnosprawności oraz członkowie rodzin lub opiekunowie osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności/osobami z orzeczeniami równoważnymi, które stale przebywają w domu (tj. nie korzystają z placówek całodobowych jak np. ośrodek szkolno – wychowawczy czy internat).
5. Decyzję o przyznaniu lub odmowie objęcia wsparciem świadczenia usług opieki wytchnieniowej podejmuje Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kaliszu na podstawie zasad określonych w Programie i niniejszym Regulaminie (ocena wniosku – załącznik nr 5 do Regulaminu). O przyznaniu lub odmowie objęcia wsparciem w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021 wnioskodawca informowany jest pisemnie.
6. Usługa opieki wytchnieniowej będzie realizowana po podpisaniu umowy z wybranymi specjalistami. Specjalista będzie prowadził indywidulanie dla każdego podopiecznego Kartę realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021. Na Karcie osoba objęta opieką wytchnieniową (członek rodziny/opiekun osoby niepełnosprawnej) podpisem potwierdza godziny zrealizowanej opieki wytchnieniowej. Harmonogram spotkań (termin godzina i miejsce ) ustalany będzie indywidualnie między specjalistą a podopiecznym.
7. W związku z epidemią COVID-19 każdy specjalista we własnym zakresie zapewnia sobie środki ochrony osobistej.
8. Usługi opieki wytchnieniowej w 2021 r. realizowane będą w formie trzeciej (świadczenie usług opieki wytchnieniowej poprzez zapewnienie członkom rodziny lub opiekunom sprawującym bezpośrednią opiekę nad dziećmi z orzeczeniem o niepełnosprawności oraz osobami niepełnosprawnymi ze znacznym stopniem niepełnosprawności/osobami z orzeczeniami równoważnymi poprzez skorzystanie ze specjalistycznego poradnictwa (psychologicznego lub terapeutycznego) oraz wsparcia w zakresie nauki: pielęgnacji, rehabilitacji i dietetyki) odbywać się będą w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej lub innym miejscu uzgodnionym między specjalistą świadczącym usługę i osobą objętą opieką wytchnieniową (członkiem rodziny lub opiekunem osoby niepełnosprawnej.

Członek rodziny lub opiekun stosownie do sytuacji rodzinnej, pielęgnacyjnej i zdrowotnej wskazuje liczbę godzin wsparcia w zakresie świadczenia określonego rodzaju usługi. W roku 2021 dla opieki wytchnieniowej świadczonej poprzez możliwość skorzystania ze specjalistycznego poradnictwa (psychologicznego lub terapeutycznego) oraz wsparcia w zakresie nauki pielęgnacji/rehabilitacji/dietetyki ustala się następujące limity:

- maksymalnie 20 godz. dla członków rodzin/opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad dziećmi z orzeczeniem o niepełnosprawności,

- maksymalnie 10 godz. dla członków rodzin/opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobami z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności/orzeczeniem równoważnym.

Wsparcie w zakresie usług odbywa się na podstawie złożonej Karty Zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021 wraz z załącznikami wymienionymi w punkcie V niniejszego Regulaminu.

1. Usługi opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka Wytchnieniowa” – edycja 2021 realizowane będą do dnia 31 grudnia 2021 r.
2. **Prawa i obowiązki**
3. Za datę rozpoczęcia udziału w Programie uznaje się dzień, w którym uczestnik został objęty pierwszą formą wsparcia.
4. Za datę zakończenia udziału w Programie uznaje się dzień udzielenia ostatniej formy wsparcia.
5. Uczestnik Programu zobowiązuje się do:
* uczestnictwa w zaplanowanych wobec niego formach wsparcia,
* wcześniejszego poinformowania Specjalisty o niemożności uczestniczenia w zaplanowanym spotkaniu
* niezwłocznego informowania o wszelkich zmianach okoliczności faktycznych mogących mieć wpływ na realizację Programu,
* przestrzegania zasad higieny i ochrony osobistej oraz informowania o zmianach w stanie zdrowia w związku z epidemią COVID-19,
* przestrzegania zasad niniejszego Regulaminu.
1. Każdy uczestnik ma prawo do:
* udziału w zaplanowanych formach wsparcia,
* decydowania o rodzaju pomocy, z której chce skorzystać,
* zgłaszania uwag i oceny formy wsparcia, którymi został objęty w realizowanym Programie.
1. **Postanowienia końcowe**
2. Niniejszy regulamin wchodzi w życie z dniem 28 czerwca 2021 r. i obowiązuje przez czas trwania Programu.
3. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kaliszu zastrzega sobie prawo zmiany Regulaminu. Wszelkie zmiany Regulaminu wymagają formy pisemnej i wchodzą w życie w dniem ich ogłoszenia.
4. Powiat zastrzega sobie prawo zaprzestania realizacji Programu w razie rozwiązania umowy o dofinansowanie z Wojewodą.
5. W sprawach nieuregulowanych niniejszym regulaminem stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego.

 *Załącznik nr 1 do Regulaminu*



**Karta realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa" – edycja 2021**

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

Imię i nazwisko: …………………………………………..

Data urodzenia: ………………………………………….

Adres zamieszkania: ……………………………………..

Telefon: …………………………………………………

E-mail: ………………………………………………….

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

Imię i nazwisko: …………………………………………..

Data urodzenia: ………………………………………….

Adres zamieszkania: ……………………………………..

1. **Informacje dot. realizowanych usług opieki wytchnieniowej:**
2. Opieka wytchnieniowa przyznana w formie: dziennej, całodobowej, specjalistycznego poradnictwa\*
3. Opieka wytchnieniowa przyznana w wymiarze: ………………………………………………..…….
4. 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. |  |  |  |  |  |  |

1. Łączna liczba godzin/dni świadczonej opieki wytchnieniowej w formie:
* dziennej wynosi ………….. godzin,
* całodobowej wynosi …………….dni,
* specjalistycznego poradnictwa wynosi ……. godzin

5. Potwierdzam zgodność karty realizacji Programu

………………………………

Data i podpis osoby reprezentującej realizatora usług

\*Należy podkreślić realizowaną formę usług



*Załącznik nr 2 do Regulaminu*

**Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa" – edycja 2021**

1. **Dane osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej (opiekuna prawnego/członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej):**

Imię i nazwisko: …………………………………………..

Data urodzenia: ………………………………………….

Adres zamieszkania: ……………………………………..

Telefon: …………………………………………………

E-mail: ………………………………………………….

1. **Dane dotyczące osoby niepełnosprawnej, w związku z opieką nad którą opiekun ubiega się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej**:

Imię i nazwisko: …………………………………………..

Data urodzenia: ………………………………………….

Adres zamieszkania: ……………………………………..

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

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

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

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

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

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

□ dzienna, miejsce……………………………………………………………………………………….\*

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

□ specjalistyczne poradnictwo

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

**III. Oświadczenia:**

1. Oświadczam, że osoba niepełnosprawna, w związku z opieką nad którą ubiegam się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej) posiada ważne orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności/orzeczenie równoważne lub że dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności\*\*

2. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021.

3. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” − edycja 2021 (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).

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

..………………………………………………………

(Podpis osoby opiekuna prawnegolub członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług opieki wytchnieniowej

………………………………………………………..

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

\*Należy wpisać miejsce wymienione w treści Programu „Opieka wytchnieniowa”- edycja 2021:

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

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

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



*Załącznik nr 3 do Regulaminu*

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

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

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Czynność | Stopień samodzielności | Wynik |
| Samoobsługa | Spożywanie posiłków |  |
| Dbałość o wygląd zewnętrzny |  |
| Kąpiel |  |
| Ubieranie górnej części ciała |  |
| Ubieranie dolnej części ciała |  |
| Toaleta |  |
| Kontrola zwieraczy | Oddawanie moczu |  |
| Oddawanie stolca |  |
| Mobilność | Przechodzenie z łóżka na krzesło lub wózek inwalidzki |  |
| Siadanie na muszli klozetowej |  |
| Wchodzenie pod prysznic lub do wanny |  |
| Lokomocja | Chodzenie lub jazda na wózku inwalidzkim |  |
| Schody |  |
| Komunikacja | Zrozumienie |  |
| Wypowiadanie się |  |
| Świadomość społeczna | Kontakty międzyludzkie |  |
| Rozwiązywanie problemów |  |
| Pamięć |  |
| **SUMA** |  |

Maksymalny wynik to 126 punktów, a minimalny to 18.

………………………………………………….

(Miejscowość, data, podpis osoby wypełniającej Kartę)

Pomiar Niezależności Funkcjonalnej (FIM – The Functional Independence Measure) - pozwala na ocenę sprawności funkcjonalnej w zakresie samoobsługi, kontroli zwieraczy, mobilności, niezależności w zakresie lokomocji, komunikacji i świadomości społecznej.

Za każdą czynność podlegającą ocenie dziecko/osoba niepełnosprawna może otrzymać od 1 do 7 punktów:

• 7 punktów – pełna niezależność dziecka/osoby niepełnosprawnej (analizowaną czynność dziecko/osoba niepełnosprawna wykonuje bezpiecznie i szybko);

• 6 punktów – umiarkowana niezależność dziecka/osoby niepełnosprawnej (wykorzystywane są urządzenia pomocnicze);

• 5 punktów – umiarkowana niezależność dziecka/osoby niepełnosprawnej (konieczny jest nadzór lub asekuracja podczas wykonywania czynności);

• 4 punkty – potrzebna minimalna pomoc (dziecko/osoba niepełnosprawna wykonuje samodzielnie więcej niż 75% czynności);

• 3 punkty – potrzebna umiarkowana pomoc (dziecko/osoba niepełnosprawna wykonuje samodzielnie od 50
do 74% czynności);

• 2 punkty – potrzebna maksymalna pomoc (dziecko/osoba niepełnosprawna wykonuje samodzielnie od 25
do 50% czynności);

• 1 punkt – całkowita zależność (dziecko/osoba niepełnosprawna wykonuje samodzielnie mniej niż 25%

czynności).

**![MCj02403910000[1]]()**

Starostwo Powiatowe
w Kaliszu

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
w Kaliszu

*Załącznik nr 4 do Regulaminu*

***ZAPOTRZEBOWANIE NA USŁUGI W ZAKRESIE SPECJALISTYCZNEGO PORADNICTWA (PSYCHOLOGICZNEGO/TERAPEUTYCZNEGO ORAZ NAUKI PILĘGNACJI/ DIETETYKI/ REHABILITACJI***

Dane osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej (opiekuna prawnego/członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej):

Imię i nazwisko ………………………………………………………………………………………

Pesel ……………………………………………..

Adres …………………………………………………………………….……………………………

Telefon …………………………… E – mail ……………………………………………………….

Dane dotyczące osoby niepełnosprawnej, którą opiekuje się osoba ubiegająca się o przyznanie usług opieki wytchnieniowej

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

Adres …………………………………………………………………….……………………………

Pesel ………………………………………………

Telefon ………………………………… E – mail ……………………………………………………

Jestem zainteresowany wsparciem w ramach usług Programu „Opieka wytchnieniowa” edycja 2021 w formie:

□specjalistycznego poradnictwa psychologicznego lub terapeutycznego, ilość godzin....................\*

□nauki pielęgnacji, ilość godzin .....................**\***

□nauki dietetyki, ilość godzin ........................**.\***

□nauki rehabilitacji, ilość godzin ....................**\***

\* **W roku 2021 dla opieki wytchnieniowej świadczonej poprzez możliwość skorzystania ze specjalistycznego poradnictwa oraz nauki pielęgnacji, dietetyki, rehabilitacji ustala się następujące limity:**

**- maksymalnie 20 godz. dla członków rodzin/opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad dziećmi z orzeczeniem o niepełnosprawności**

**- maksymalnie 10 godz. dla członków rodzin/opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobami z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności/orzeczeniem równoważnym**

 ……………………………………

 Podpis osoby składającej deklarację

***Program Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej***

***„Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021***

***współfinansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego***

**![MCj02403910000[1]]()**

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
w Kaliszu

Starostwo Powiatowe
w Kaliszu

 *Załącznik nr 5 do Regulaminu*

**OCENA WNIOSKU**

W dniu …………………………… po rozpatrzeniu wniosku nr …………………………………..……………….

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

Imię i osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej (opiekuna prawnego/członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej):

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

Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej, w związku z opieką nad którą opiekun ubiega się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kaliszu przyznaje wsparcie/ nie przyznaje wsparcia

w ramach Programu „ Opieka Wytchnieniowa” – edycja 2020

w formie:

□ poradnictwa psychologicznego w liczbie godzin ………………..

□ poradnictwa terapeutycznego w liczbie godzin ………………..

□ nauki w zakresie pielęgnacji w liczbie godzin ………………..

□ nauki w zakresie dietetyki w liczbie godzin ………………..

□ nauki z zakresie rehabilitacji w liczbie godzin ………………..

Razem liczba godzin wsparcia …………………

 …………………………………..……………

 Podpis Dyrektora PCPR

***Program Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej***

***„Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021***

***współfinansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego***