

**Zarządzenie Nr 18/2021**

**Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kielcach**

**z dnia 06 maja 2021 r.**

**w sprawie przyjęcia Regulaminu naboru i uczestnictwa w Programie „Opieka wychowawcza”- edycja 2021**

Na podstawie § 9 Regulaminu Organizacyjnego Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kielcach zarządzam, co następuje:

**§ 1**

Przyjmuje się **Regulamin naboru i uczestnictwa w Programie „Opieka wychowawcza”- edycja 2021** w brzmieniu określonym w załączniku do niniejszego zarządzenia.

**§ 2**

Wykonanie Zarządzenia powierza się pracownikom Wieloosobowego stanowiska do obsługi projektów i kadr.

**§ 3**

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem jego podpisania.

**DYREKTOR**  
Powiatowego Centrum  
Pomocy Rodzinie w Kielcach  
*Anna Florczyk - Bielna*

**Sprawdzono pod względem  
formalno-prawnym**

**RADCA PRAWNY**  
*Anna Kungier*



## **Regulamin naboru i uczestnictwa w Programie „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021**

### **§ 1**

#### **Postanowienia ogólne**

1. Program „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021 zwany dalej „Programem”, realizowany jest w ramach resortowego programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej ze środków Funduszu Solidarnościowego.
2. Jednostką realizującą Program jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kielcach z siedzibą w Kielcach (25-211) przy ul. Wrzosowej 44, zwane dalej PCPR w Kielcach.
3. Głównym celem Programu jest wsparcie członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad dziećmi z orzeczeniem o niepełnosprawności lub osobami ze znacznym stopniem niepełnosprawności oraz orzeczeniami równoważnymi, poprzez:
  - 1) Wzmocnienie osobistego potencjału oraz ograniczenie wpływu obciążeń psychofizycznych związanych ze sprawowaniem opieki poprzez wsparcie psychologiczne lub terapeutyczne;
  - 2) Podniesienie poziomu kompetencji dotyczących wsparcia osoby niepełnosprawnej poprzez naukę technik wspomagania, pielęgnacji, prowadzenia działań rehabilitacyjnych w warunkach domowych oraz objęcie specjalistycznym poradnictwem w zakresie psychologicznych i społecznych aspektów wsparcia osób niepełnosprawnych, zagadnienia profilaktyki zdrowotnej i zdrowego stylu życia.

### **§ 2**

#### **Adresaci Programu**

1. Program adresowany jest do członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad dziećmi z orzeczeniem o niepełnosprawności lub osobami posiadającymi orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych albo orzeczenie równoważne do wyżej wymienionego.
2. Usługami opieki wytchnieniowej zaplanowano objąć 100 osób, w tym:



- 1) 80 członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobami z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczeniem równoważnym;
- 2) 20 członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad dziećmi z orzeczeniem o niepełnosprawności.

*PCPR w Kielcach zastrzega sobie możliwość zwiększenia liczby uczestników Programu w sytuacji dostępności godzin przyznanych Powiatowemu Centrum Pomocy Rodzinie w Kielcach w ramach Programu.*

### §3

#### Formy wsparcia w ramach Programu

1. W ramach Programu, zaplanowano:
  - 1) Wsparcie specjalistyczne - psychologiczne lub terapeutyczne;
  - 2) Naukę w zakresie pielęgnacji, rehabilitacji oraz dietetyki .
2. Forma usługi oraz liczba godzin wsparcia zostanie przyznana członkowi rodziny/opiekunowi na podstawie oceny indywidualnych potrzeb określonych w Karcie zgłoszenia.
3. Usługi świadczone będą w formie indywidualnej lub grupowej w miejscu wskazanym przez PCPR w Kielcach, oraz w miejscu zamieszkania uczestnika.
4. Łączny limit godzin dla usługi opieki wytchnieniowej świadczonej poprzez możliwość skorzystania ze specjalistycznego poradnictwa (psychologicznego lub terapeutycznego) oraz wsparcia w zakresie nauki pielęgnacji/rehabilitacji/dietetyki wynosi 20 godzin zegarowych na członka rodziny lub opiekuna osoby z niepełnosprawnością.
5. Terminy oraz godziny usług świadczone w formie indywidualnej zostaną ustalone z uczestnikiem Programu.

### §4

#### Proces rekrutacji

1. Nabór uczestników do programu prowadzony jest przez PCPR w Kielcach.
2. Podstawą przyznania usługi opieka wytchnieniowa jest złożenie następującej dokumentacji:
  - 1) „Karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” - edycja 2021, której wzór stanowi **Załącznik nr 1** do niniejszego regulaminu;
  - 2) Kserokopii aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności/o niepełnosprawności osoby nad którą członek rodziny/opiekun sprawuje opiekę;

- 3) Oświadczenie o przetwarzaniu danych osobowych w zakresie wsparcia osób niepełnosprawnych, w celu skorzystania z pomocy opieki wychnieniowej, w związku z realizacją Programu „Opieka wychnieniowa” - edycja 2021, według wzoru stanowiącego **Załącznik nr 2** do niniejszego regulaminu.
4. Dokumenty należy złożyć w formie papierowej osobiście lub pocztą do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kielcach, ul Wrzosowa 44, pok. 36, 25 – 211 Kielce, w dni robocze, w godzinach urzędowania 7:15 – 15:15.
5. Zgłoszenia do Programu będą przyjmowane do 31.05.2021 roku lub do wyczerpania miejsc, natomiast o zakwalifikowaniu się do Programu decydować będzie kolejność zgłoszeń osób spełniających wymagania programu (§ 2), z uwzględnieniem w pierwszej kolejności potrzeb członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad dzieckiem z orzeczeniem o niepełnosprawności lub osobą ze znacznym stopniem niepełnosprawności lub z orzeczeniem równoważnym, która:
  - 1) ma niepełnosprawność sprzężoną/złożoną,
  - 2) wymaga wysokiego poziomu wsparcia, który zostanie określony z wykorzystaniem pomiaru oceny stanu funkcjonalnego na podstawie „Karta oceny stanu dziecka/osoby niepełnosprawnej wg zmodyfikowanej skali FIM” wypełnionej przez lekarza rodzinnego/ lekarza rehabilitacji medycznej/ fizjoterapeutę/ pielęgniarkę stanowiącej **Załącznik nr 3** do niniejszego regulaminu. W pierwszej kolejności do programu zostaną zakwalifikowani opiekunowie osób niepełnosprawnych z najniższą liczbą punktów (poniżej 75 punktów).
  - 3) stale przebywa w domu, tj. nie korzysta z ośrodka wsparcia lub placówek pobytu całodobowego, np. ośrodka szkolno-wychowawczego czy internatu.
6. Zgłoszenia do Programu będzie rozpatrywać wyznaczony przez Dyrektora PCPR w Kielcach pracownik.
7. Osoby zgłoszone do Programu po osiągnięciu limitu dostępnych miejsc zostaną wpisane na listę rezerwową.
8. W przypadku rezygnacji osoby zakwalifikowanej do Programu będzie zapraszana kolejna osoba z listy rezerwowej.
9. O wynikach rekrutacji osoby zakwalifikowane do udziału w Programie zostaną poinformowane przez pracownika PCPR w Kielcach.
10. Osoba zakwalifikowana do programu będzie zobowiązana do złożenia Deklaracji uczestnika programu według wzoru stanowiącego **Załącznik nr 4** do niniejszego Regulaminu.



## § 5

### Obowiązki uczestnika

1. Członek rodziny/opiekun sprawujący bezpośrednią opiekę nad dzieckiem z orzeczeniem o niepełnosprawności lub osobą niepełnosprawną z dniem zakwalifikowania do programu „Opieka wytechnieniowa” – edycja 2021, uzyskuje status uczestnika Programu.
2. Uczestnik programu zobowiązany jest do:
  - 1) Uczestnictwa w zadeklarowanym wsparciu;
  - 2) Wcześniejszego informowania osoby świadczącej usługę o nieobecności w terminie umówionego spotkania;
  - 3) Niezwłocznego informowania o wszystkich zmianach okoliczności faktycznych mogących mieć wpływ na realizację Programu;
  - 4) Wypełniania dokumentów związanych z realizacją programu;
  - 5) Przestrzegania zasad niniejszego regulaminu.

## § 6

### Dane osobowe

1. Administratorem przekazanych danych osobowych w celu rekrutacji i realizacji Programu jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kielcach z siedzibą przy ul. Wrzosowej 44, 25-211 Kielce.
2. Przystępując do udziału w Programie, uczestnik zobowiązany jest do zapoznania się z ogólną informacją o warunkach przetwarzania danych osobowych stanowiącą **Załącznik nr 2** do niniejszego regulaminu.

## § 7

### Postanowienia końcowe

1. Realizator zastrzega sobie prawo zmiany niniejszego Regulaminu.
2. Wszelkie zmiany Regulaminu wymagają formy pisemnej i wchodzi w życie z dniem ich ogłoszenia.
3. Regulamin obowiązuje przez czas trwania Programu.
4. Sprawy nie uregulowane niniejszym regulaminem są rozstrzygane przez Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kielcach.

DYREKTOR  
Powiatowego Centrum  
Pomocy Rodzinie w Kielc

Anna Florczyk - Bielna

Sprawdzono pod względem  
formalno-prawnym

RADCA PRAWNY  
Anna Kungier



**Załącznik nr 1**

do Regulaminu naboru i uczestnictwa  
w Programie Opieka wychnieniowa –  
edycja 2021"

**Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wychnieniowa” – edycja 2021**

**I. Dane uczestnika Programu:**

Imię i nazwisko: .....

Adres zamieszkania: .....

Telefon: .....

**II. Dane osoby z niepełnosprawnością:**

Imię i nazwisko: .....

Data urodzenia: .....

Informacje na temat ograniczeń osoby z niepełnosprawnością w zakresie komunikowania się lub poruszania się:

.....  
.....

**III. Preferowana forma, wymiar i miejsce świadczenia usług opieki wychnieniowej:**

specjalistyczne poradnictwo, dla członka rodziny lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę opiekuna w tym:

psychologiczne,

terapeutyczne,

inne: .....

wsparcia w zakresie nauki, w tym:

pielęgnacji

rehabilitacji

dietetyki

w godzinach .....  w dniach .....

**V. Oświadczenia:**

1. Oświadczam, że jestem członkiem rodziny/opiekunem osoby z niepełnosprawnością, która posiada:

- orzeczenie o niepełnosprawności (dot. dzieci)

- orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności/orzeczenie równoważne (dot. osób powyżej 16 r.ż.) \*\*\*

2. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Opieka wychnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnością” – edycja 2021.

3. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Opieka wychnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnością” – 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 uczestnika Programu)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług opieki wychnieniowej

.....

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)



\* Należy wpisać miejsce wymienione w treści Programu „Opieka wychnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnością” – edycja 2021:

1) Świadczenie usługi opieki wychnieniowej w ramach pobytu dziennego w:

- a) miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
- b) ośrodka wsparcia,
- c) innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu, które otrzyma pozytywną opinię realizatora Programu.

\*\* Należy wpisać miejsce wymienione w treści Programu „Opieka wychnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnością” – edycja 2021:

2) Świadczenie usługi opieki wychnieniowej w ramach pobytu całodobowego w:

- a) ośrodka wsparcia,
- b) w ośrodku/placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom z niepełnosprawnością wpisaną do rejestru właściwego wojewody,
- c) miejscu wskazanym przez uczestnika Programu, które otrzyma pozytywną opinię realizatora Programu.

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

Sprawdzono pod względem  
formalno-prawnym

RADCA PRAWNY  
Anna Bangier





**Oświadczenie o przetwarzaniu danych osobowych w zakresie wsparcia osób niepełnosprawnych, w celu skorzystania z pomocy opieki wytchnieniowej, w związku z realizacją Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021**

**Wyrażam zgodę<sup>1</sup>** na przetwarzanie moich danych osobowych, niezbędnych w zakresie skorzystania z poradnictwa specjalistycznego, w związku z realizacją Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021, w szczególności wrażliwych danych osobowych dotyczących niepełnosprawności przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kielcach.

Powyższa zgoda jest dobrowolna, ale stanowi warunek przystąpienia do programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021 oraz skorzystania z poradnictwa specjalistycznego. Nie udzielenie zgody, bądź wycofanie zgody przed zakwalifikowaniem do uzyskania pomocy specjalistycznej, w związku z realizacją Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021, skutkuje niemożnością przystąpienia do Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021, a tym samym skorzystania z poradnictwa specjalistycznego.

**Dodatkowo oświadczam, że dane zawarte w Karcie zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021 są prawdziwe i aktualne oraz jestem świadomy/a konsekwencji grożących mi w razie oświadczenia nieprawdy lub zatajenia prawdy.**

W związku z realizacją wymogów Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych „RODO”) uprzejmie informujemy, iż:

- a) Administratorem Państwa danych osobowych jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kielcach z siedzibą przy ul. Wrzosowej 44, 25-211 Kielce. W przypadku pytań o swoje dane osobowe mogą Państwo skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych, pisząc na adres e-mail: [iod@powiat.kielce.pl](mailto:iod@powiat.kielce.pl)
- b) podstawą prawną przetwarzania Państwa danych osobowych w związku ze wsparciem osób niepełnosprawnych, w celu skorzystania z poradnictwa specjalistycznego w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021 jest art. 6 ust. 1 oraz ust. 2 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Solidarnościowym Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1787) oraz wyrażona przez Państwa zgoda;
- c) podanie przez Państwa danych osobowych w zakresie wynikającym z wyżej wymienionej podstawy prawnej jest niezbędne, aby skorzystać z poradnictwa specjalistycznego, w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021, realizowanego przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kielcach;
- d) Wypełnienie Karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021 jest warunkiem skorzystania w zakresie wsparcia osób niepełnosprawnych, opiekunów faktycznych oraz członków rodzin z poradnictwa specjalistycznego,
- e) przysługuje Państwu prawo do dostępu do swoich danych, ich sprostowania, kopii danych, ich usunięcia po okresie nie krótszym niż okres wymagany przepisami prawa z tytułu obowiązku archiwizacji;
- f) w przypadku powzięcia informacji o niewłaściwym przetwarzaniu swoich danych osobowych przez Administratora przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych oraz wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania;
- g) przekazane dane będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji oraz rozliczenia Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021, jednak nie dłużej niż okres wymagany z tytułu obowiązku archiwizacji, z zastrzeżeniem iż okres przechowywania danych osobowych może zostać każdorazowo przedłużony o okres przewidziany przez przepisy prawa;
- h) odbiorcami Państwa danych osobowych mogą być instytucje uprawnione na podstawie przepisów prawa lub podmioty upoważnione na podstawie podpisanej umowy pomiędzy Administratorem a podmiotem.

\_\_\_\_\_  
MIEJSCOWOŚĆ, DATA

\_\_\_\_\_  
CZYTELNY PODPIS

<sup>1</sup> Zaznacz „X” w przypadku wyrażenia zgody





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

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

PESEL .....

Czynność	Stopień samodzielności	Wynik
Samoobsługa	Spożywanie posiłków	
	Dbłość 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	
<b>SUMA</b>		

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).

**UWAGA!** „Kartę oceny stanu dziecka/osoby niepełnosprawnej wg zmodyfikowanej skali FIM” - wypełnia lekarz rodzinny/lekarz rehabilitacji medycznej/fizjoterapeuta/pielęgniarka.





### Deklaracja uczestnika

Ja niżej podpisany/podpisana .....dobrowolnie deklaruje udział w usługach wspierających w zakresie i wymiarze (max. 20 godz.) określonym poniżej, realizowanych w ramach resortowego programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wychnieniowa” – edycja 2021, w tym:

- |                          |                                     |                       |
|--------------------------|-------------------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> | poradnictwie psychologicznym        | - liczba godzin ..... |
| <input type="checkbox"/> | poradnictwie terapeutycznym         | - liczba godzin ..... |
| <input type="checkbox"/> | warsztatach z pielęgnacji           | - liczba godzin ..... |
| <input type="checkbox"/> | warsztatach z zakresu rehabilitacji | - liczba godzin ..... |
| <input type="checkbox"/> | konsultacjach dietetycznych         | - liczba godzin ..... |

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Zapoznałem się z Regulaminem naboru i uczestnictwa w Programie „Opieka wychnieniowa” – edycja 2021 oraz zostałem poinformowany o prawach i obowiązkach udziału w programie.
2. Zostałem/am poinformowany/a, że uczestniczę w programie finansowanym ze środków Funduszu Solidarnościowego.
3. Zostałem/am poinformowany/a, że usługi realizowane w ramach programu są bezpłatne.
4. Zostałem/am poinformowany o prawach i obowiązkach wynikających z programu „Opieka wychnieniowa” – edycja 2021;
5. Jestem świadomy/a, że w godzinach realizacji usług zaplanowanych w ramach programu „Opieka wychnieniowa” - edycja 2021, realizowanego przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kielcach 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 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2020 r. poz. 1876), usługi finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego lub z innych źródeł.
6. Korzystam/nie korzystam\* z innych form pomocy usługowej w ramach innych programów/projektów, realizowanych przez .....
7. Dziecko/osoba niepełnosprawna nad którą sprawuję opiekę, korzysta/nie korzysta\* z ośrodka wsparcia lub placówek pobytu całodobowego, np. ośrodka szkolno-wychowawczego czy internatu.

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

Miejscowość ....., data .....

.....  
(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

\*nie potrzebne skreślić