****

**Załącznik nr 1 do Umowy na usługi opiekuńcze.**

**Program pn.** **„Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnością” – edycja 2022**

”Program kierowany jest 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 ze znacznym stopniem niepełnosprawności oraz podniesienia swoich umiejętności i wiedzy w tym zakresie.”

**Program finansowany jest przez MRiPS z Funduszu Solidarnościowego.**

Informacja dla pracowników Programu

**Z programu mogą korzystać opiekunowie faktyczni ( rodzice, członkowie rodzin sprawujący na co dzień opiekę dla osoby niepełnosprawnej , zależnej.**

1. Przyznając usługę opieki wytchnieniowej w pierwszej kolejności uwzględnia się potrzeby członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad dzieckiem z orzeczeniem o niepełnosprawności lub osobą ze znacznym stopniem niepełnosprawności lub z orzeczeniem równoważnym, która:
2. ma niepełnosprawność sprzężoną/złożoną,
3. wymaga wysokiego poziomu wsparcia,
4. stale przebywa w domu, tj. nie korzysta z ośrodka wsparcia lub placówek pobytu całodobowego, np. ośrodka szkolno-wychowawczego czy internatu.
5. Przyznający usługę bierze również pod uwagę stan zdrowia i sytuację życiową uczestników Programu[[1]](#footnote-1).
6. Terminy realizacji usługi wytchnieniowej całodobowej są indywidualnie ustalone z koordynatorem zadania przy uwzględnieniu potrzeb opiekuna oraz możliwości organizacyjnych Realizatora zadania.
7. **Miejsce realizacji usługi opieki wytchnieniowej całodobowej.**
8. Gorzów Wlkp. ul. Drzymały 37/2 ; ( w szczególnym przypadku może być ul. Sulęcińska 51)
9. w miejscu wskazanym przez uczestnika Programu, które otrzyma pozytywną opinię Realizatora Programu.

**Potwierdzenie realizacji usług.**

Pracownik świadczący opiekę wytchnieniową, całodobową ma obowiązek:

być w kontakcie telefonicznym z opiekunem, dla którego jest świadczona opieka wytchnieniowa;

zapoznać się z dokumentacją złożoną przez opiekuna osoby niepełnosprawnej i stosować się do zaleceń wskazanych w dokumentacji;

stosować się do podawania leków zgodnie z upoważnieniem jakie otrzymał;

zapewnić osobie niepełnosprawnej wyżywienie zgodnie z jej preferencjami wskazanymi przez opiekuna/rodzica;

zapewnić wymagany stan higieny osobistej oraz czystości odzieży;

informować opiekuna o każdym zdarzeniu, które wg oceny sprawującego opiekę, może mieć wpływ na zachowanie, bądź stan zdrowia osoby niepełnosprawnej;

w przypadku podejrzenia, że zagrożony jest stan zdrowia bądź życia osoby niepełnosprawnej wezwać natychmiast pomoc medyczną.;

utrzymywać porządek w miejscu pobytu.

 Usługa opieki wytchnieniowej rozliczana jest na podstawie złożonej u koordynatora zadania, prawidłowo wypełnionej i podpisanej przez korzystającego z opieki karty realizacji usługi. **Karta winna być wypełniona starannie, czytelnie ze wszystkimi danymi jakie zawiera.**

Kartę należy przedłożyć do 10 dnia miesiąca następnego po miesiącu, w którym usługa została wykonana.

Wynagrodzenie za usługę zostanie wypłacone do dnia 20 dnia miesiąca, w którym karta realizacji usługi została złożona tzn.np., że

Wynagrodzenie za usługę wykonaną w miesiącu styczniu zostanie wypłacone po otrzymaniu środków z Ministerstwa.

Dane rachunku/faktury: **PSONI Koło w Gorzowie Wlkp. ul. Walczaka 1**, **66-400 Gorzów Wlkp.**
**NIP 599 17 45 978. W opisie rachunku winno się znaleźć imię i nazwisko opiekuna, którego pracownik świadczący usługę wyręcza, zakres czasowy usługi oraz liczba godzin wykonanej usługi.**

*W trakcie realizacji całodobowej usługi 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 2019 r. poz. 1507, z późn. zm.), usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w p.III. ustęp 2, finansowane z innych źródeł.*

***Uczestnik Programu realizację usługi potwierdza własnoręcznym podpisem na przedstawionej przez realizującego usługę Karcie realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnością”– edycja 2022***

Zapytania i wszelkie sprawy związane z realizacją Programu - kontakt z koordynatorem zadania:

Beata Piwowarska tel. 535 535 062

Zapoznałem/łam się, zrozumiałem/łam i potwierdzam otrzymanie kopii niniejszej informacji

Gorzów Wlkp., ……………………………………….. …………………………………………………………..

 podpis pracownika realizującego usługę

1. [↑](#footnote-ref-1)