**REGULAMIN**

**naboru, uczestnictwa i realizacji Programu: „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025 finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego.**

**§ 1. Postanowienia ogólne**

1. Niniejszy dokument zwany dalej „Regulaminem” określa warunki naboru, uczestnictwa i realizacji Programu: „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.

2 Koordynatorem Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego– edycja 2025, realizowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego, zwanego dalej Funduszem, jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Rypinie.

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

1) dziećmi od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadającymi orzeczenie o niepełnosprawności lub

2) osobami niepełnosprawnymi posiadającymi:

a) orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo

b) orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem wymienionym w lit. a, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2024 r. poz. 44, z późn. zm.)

 4. Program będzie realizowany w formie pobytu dziennego, w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej.

5. Usługa opieki wytchnieniowej polega na czasowym odciążenie od codziennych obowiązków łączących się ze sprawowaniem opieki nad osobą z niepełnosprawnością przez zapewnienie czasowego zastępstwa w tym zakresie.

6. Usługi opieki wytchnieniowej, o których mowa w ust. 6 pkt 1 lit. e, ust. 6 pkt 1 lit. f, ust. 6 pkt 2 lit. h oraz ust. 6 pkt 2 lit. i, 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, której wzór stanowi załącznik nr 7 do Programu oraz załącznik nr 2 do regulaminu OW 2025

W przypadku gdy usługi opieki wytchnieniowej, mają być świadczone dla członków rodziny lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad małoletnimi, w odniesieniu do osób, które mają świadczyć usługi opieki wytchnieniowej, muszą zostać spełnione warunki określone w art. 21 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (Dz. U. 2024 poz. 560 z późn. zm.), a w przypadku usług opieki wytchnieniowej, o których mowa w ust. 6 pkt 1 lit. e, ust. 6 pkt 1 lit. f, ust. 6 pkt 2 lit. H oraz ust. 6 pkt 2 lit. tj.

- zaświadczenie o niekaralności;

- informacja o niefigurowaniu w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym w postaci wydruku pobranej informacji z Rejestru;

- pisemna akceptacja osoby świadczącej usługi opieki wytchnieniowej ze strony rodzica lub opiekuna prawnego dziecka z niepełnosprawnością.

7. **Nie jest dopuszczalnym wskazanie na opiekuna świadczącego usługę opieki wytchnieniowej:**

1. członków rodziny (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)
2. opiekunów prawnych osoby niepełnosprawnej,
3. osoby faktycznie zamieszkującej z osobą niepełnosprawną.

8. Program jest skierowany do mieszkańców Rypina

9. Program będzie realizowany do 31 grudnia 2025 r.

**§ 2. Rekrutacja do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**

 1. Nabór uczestników do Programu: „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 prowadzony jest w terminie **od 14 marca 2025 r. do 31 marca 2025 r.**

2. Usługami opieki wytchnieniowej w 2025 r. planuje się objąć 21 osób, w tym:

 a) 4 dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności;

 b) 17 osób dorosłych ze znacznym stopniem niepełnosprawności/orzeczeniem równoważnym.

 3. Ośrodek kwalifikuje do przyznania usługi opieki wytchnieniowej na podstawie „Karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 wraz z załącznikami i kserokopią aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności/orzeczenia o niepełnosprawności w przypadku dziecka do 16 r. ż.

 4. Zgłoszenia przyjmowane są w dni robocze w godzinach od 8.00- 10.00 w siedzibie Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Rypinie ul. Warszawska 40.

5. Ośrodek w pierwszej kolejności przyznaje usługę opieki wytchnieniowej: członkom rodzin lub opiekunom sprawującym bezpośrednią opiekę nad dzieckiem z orzeczeniem o niepełnosprawności lub osobą ze znacznym stopniem niepełnosprawności lub z orzeczeniem równoważnym, która: - ma niepełnosprawność sprzężoną/złożoną (przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się posiadanie orzeczenia ze wskazaniem co najmniej dwóch przyczyn niepełnosprawności) lub - wymaga wysokiego poziomu wsparcia (osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności oraz dzieci niepełnosprawne z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji) lub - stale przebywa w domu, tj. nie korzysta z ośrodka wsparcia lub placówek pobytu całodobowego, np. ośrodka szkolno-wychowawczego czy internatu.

6. Złożenie dokumentów rekrutacyjnych nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału
w Programie.

7. Osoby, które nie zostały zakwalifikowane do Programu znajdą się na liście rezerwowej.

8. Osoba po zakwalifikowaniu do Programu otrzyma pisemną informację.

**§ 3. Zasady uczestnictwa w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**

1. W ramach Programu w 2025 r. limit godzin dla jednej osoby wynosi 125 w przypadku osób dorosłych oraz 128 w przypadku dziecka.

2. 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.

3. Usługa opieki wytchnieniowej będzie realizowana zgodnie ze sporządzonym miesięcznym harmonogramem świadczonych usług opieki wytchnieniowej od poniedziałku do niedzieli, w godzinach od 6.00 do 22.00 z zastrzeżeniem, iż jednego dnia usługa może być świadczona maksymalnie do 12 godzin dla jednej osoby. Jako godzinę należy rozumieć 60 minut.

**§ 4. Zakres usług w ramach Programu** **„Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.**

1. W ramach opieki wytchnieniowej opiekun wspiera uczestnika programu w szczególności w:

a) czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymanie higieny osobistej,

b) prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie,

c) przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania,

d) podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem,

2. Zakres usług zostanie ostatecznie określony i uzgodniony z uczestnikiem Programu.

3. Opiekunowie nie świadczą i nie wykonują żadnych czynności medycznych.

4. Koszt jednej godziny zegarowej wynagrodzenia z tytułu świadczenia usług asystenta nie może przekroczyć 50,00 zł/brutto wraz z kosztami pracodawcy

**§ 5. Postanowienia końcowe**

 1. Uczestnik Programu ma obowiązek potwierdzania rzetelnych i zgodnych ze stanem faktycznym danych zawartych w Karcie rozliczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu Opieki wytchnieniowej.

2. Należność za usługę pokrywana jest przez Realizatora programu na podstawie umowy zawartej z opiekunem oraz na podstawie Karty rozliczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

3. Opiekun realizujący usługi opieki wytchnieniowej rozliczany będzie merytorycznie przez wyznaczonego pracownika Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Rypinie.

4. W godzinach realizacji usługi opieki wytchnieniowej nie mogą być świadczone inne formy pomocy usługowej, w tym: usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie o pomocy społecznej bądź usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub z innych źródeł.

5. Okres rozliczeniowy rozpoczyna się z początkiem pierwszego dnia po wykonaniu usługi i kończy się z upływem ostatniego dnia danego miesiąca.

6. Rozliczenie opiekuna realizującego usługi opieki wytchnieniowej dokonuje się na podstawie wypełnionej i złożonej prawidłowo w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Rypinie Karty realizacji programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 stanowiący załącznik nr 8 do Programu.

7. Opiekun realizujący usługi opieki wytchnieniowej w celu rozliczenia usług, składa rozliczenie do Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Rypinie, w ciągu 5 następnych dni roboczych, po zakończeniu okresu rozliczeniowego.

8. W przypadku gdy złożenie Karty rozliczeniowej nastąpi po upływie 5-go dnia roboczego, po zakończeniu okresu rozliczeniowego, usługi te zostaną rozliczone w kolejnym następującym miesiącu.

9. Usługi wykonane przez opiekuna realizującego usługi opieki wytchnieniowej, które nie są objęte Programem „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, nie podlegają rozliczeniu i tym samym wypłacie wynagrodzenia.

10. Opiekun nie może angażować się w rozwiązywanie problemów rodzinnych i osobistych odbiorcy usługi w zakresie szerszym niż jest to związane ze świadczeniem usługi opieki wytchnieniowej.

11. Odbiorca usługi ma obowiązek traktowania opiekuna z szacunkiem.

12. W przypadku rezygnacji ze świadczenia usług, odbiorca jest zobowiązany poinformować o tym niezwłocznie realizatora programu.

13. W przypadku konieczności czasowego zawieszenia realizacji usług w wyniku np. sytuacji losowych lub zdrowotnych odbiorcy usług (np. nagłego pobytu w szpitalu, poważnego kryzysu kondycji psychofizycznej, wypadku itp.) odbiorca jest zobowiązany poinformować o tym niezwłocznie realizatora niezwłocznie przed planowanym rozpoczęciem usługi.

14. Uczestnik Programu nie ponosi żadnej odpłatności za świadczone usługi. Pokrywa jednak koszty związane bezpośrednio z realizacją potrzeb osoby niepełnosprawnej i ich opiekunów (np. zakup żywności, środków ochrony osobistej, środków do pielęgnacji).

15. W celu zapewnienia wysokiej jakości usługi, wykonywane usługi przez opiekuna realizującego usługi opieki wytchnieniowej podlegają kontroli przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Rypinie. Kontrola odbywa się bezpośrednio w miejscu realizacji usługi.

16. Kontrola realizacji usług odbywać się będzie, poprzez systematyczny nadzór pracowników socjalnych nad rodzinami, których członkowie objęci są Programem „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 . Pracownik socjalny zobowiązany jest sporządzić protokół z przeprowadzonej kontroli.

17. Osoba zakwalifikowana do Programu jest zobowiązana do respektowania zasad niniejszego Regulaminu.

18. Kwestie nieuregulowane w niniejszym dokumencie rozstrzygane będą przez Kierownika Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Rypinie.

19. Niniejszy Regulamin obowiązuje przez okres trwania Programu: „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.

Załącznik nr 1 do Regulaminu

Rypin, dnia……………..……………….

………………………………………………………………

( Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie)

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że ………………………………………………………………………………………....

pozostaje pod moją stałą, osobistą i bezpośrednią opieką, w związku z orzeczoną niepełnosprawnością, potwierdzoną orzeczeniem o niepełnosprawności / orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności lub dokumentem równorzędnym.

……………………………………………………

( podpis osoby składającej oświadczenie)

Załącznik nr 2 do Regulaminu

………………………………………… Rypin, dnia……………...

Imię i Nazwisko

..........................................

Adres zamieszkania

…………………………………………

Numer telefonu

**OŚWIADCZENIE O WSKAZANIU OSOBY, KTÓRA BĘDZIE ŚWIADCZYĆ USŁUGĘ OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ W MIEJSCU ZAMIESZKANIA**

W związku z ubieganiem się o korzystanie z usług opieki wytchnieniowej w ramach
Programu „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025 oświadczam, iż:

1. do pełnienia usługi opieki wytchnieniowej wskazuję osobę:

Imię i nazwisko:

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

Adres zamieszkania:

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

Numer telefonu:

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

1. wskazana przeze mnie osoba nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną;
2. wskazana przeze mnie osoba spełnia wymogi Programu „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025 tj.
* posiada 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
* posiada 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
1. zobowiązuję się do poinformowania MOPS w Rypinie o wszelkich zmianach

 ...………………………………………………….

**Podpis członka rodziny lub opiekuna prawnego
 osoby z niepełnosprawnością**

**\*właściwe zaznaczyć**