

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej

w Stromcu

ul. Piaski 4

26-804 Stromiec

Upzejmie informuję, że Powiat Białobrzegi od lipca 2020 roku będzie realizował program „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2020.

Zadanie będzie realizowane w wymiarze do 40 godzin w formie specjalistycznego poradnictwa (psychologicznego lub terapeutycznego) oraz poprzez zapewnienie wsparcia w zakresie nauki pielęgnacji, rehabilitacji, dietetyki dla członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad dziećmi z orzeczeniem o niepełnosprawności oraz nad osobami ze znacznym stopniem niepełnosprawności/osobami z orzeczeniami równoważnymi.

Powiat przyznaje usługę opieki wytchnieniowej na podstawie Karty zgłoszenia do Programu Opieka wytchnieniowa – edycja 2020. Karta zgłoszenia do Programu stanowi załącznik do niniejszego pisma.

Członek rodziny lub opiekun sprawujący bezpośrednią opiekę nad dzieckiem lub osobą niepełnosprawną, którym przyznano pomoc w postaci usług opieki wytchnieniowej **nie ponosi odpłatności za usługę przyznaną w ramach programu.**

W godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej nie mogą być świadczone inne formy pomocy usługowej, w tym usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub z innych źródeł.

Mając powyższe na uwadze upzejmie proszę o poinformowanie osób zainteresowanych o możliwości wsparcia członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad dziećmi z orzeczeniem o niepełnosprawności oraz nad osobami ze znacznym stopniem niepełnosprawności/osobami z orzeczeniami równoważnymi o możliwości uzyskania doraźnej, czasowej pomocy w formie usługi opieki wytchnieniowej poprzez naukę 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.

Karty zgłoszenia do Programu przyjmuje Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Białobrzegach, ul. Krakowska 28, 26-800 Białobrzegi, tel. 48 360 02 24, tel. kom. 518 838 171

w nieprzekraczalnym terminie do dnia 31 lipca 2020 roku. Złożenie Karty zgłoszenia do Programu nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do objęcia pomocą.

DYREKTOR
Powiatowego Centrum
Pomocy Rodzinie w Białobrzegach
mgr Teresa Gołębiewska
Specjalista, Organizacji Pomocy Społecznej

Załączniki:

Załącznik nr 1 – Karta zgłoszenia do Programu Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej

Wyk. 2 egz.

Egz. Nr 1 – adresat

Egz. Nr 2 – a/a

Sporządził: Małgorzata Miziołek

Wzór

Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2020

I. Dane osoby niepełnosprawnej lub członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej (dot. specjalistycznego poradnictwa) :

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Telefon:

E-mail:

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

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

II. Dane opiekuna prawnego osoby niepełnosprawnej (jeśli dotyczy):

Imię i nazwisko:

Telefon:

E-mail:

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

dzienna, miejsce..... *

całodobowa, miejsce *

specjalistyczne poradnictwo

w godzinach w dniach

. Oświadczenia:

1. Oświadczam, że posiadam 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 2020.

3. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” - edycja 2020 (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 2018 r. poz. 1000).

Miejscowość, data

.....

(Podpis osoby niepełnosprawnej/opiekuna prawnego lub 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 2020:

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

- a) miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej,
- b) ośrodka wsparcia prowadzonym jako zadanie własne samorządu,
- c) innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu lub jego opiekuna, które otrzyma pozytywną opinię gminy/powiatu realizującego Program.

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

- a) ośrodka wsparcia prowadzonym jako zadanie własne samorządu,
- b) ośrodki/placówce zapewniającym całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym wpisaną do rejestru właściwego wojewody
- c) miejscu wskazanym przez uczestnika Programu lub jego opiekuna, które otrzyma pozytywną opinię gminy/powiatu realizującego Program.

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