

UCHWAŁA NR 27/178/2024
ZARZĄDU POWIATU RACIBORSKIEGO

z dnia 19 listopada 2024 r.

**w sprawie przystąpienia Powiatu Raciborskiego do Programu Ministerstwa Rodziny i Polityki
Społecznej pn. „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego
– edycja 2025 oraz zasad udzielania pomocy w ramach tego Programu**

Na podstawie art. 4 ust. 1 pkt 5, art. 32 ust. 1, art. 48 ust. 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (t. j. Dz. U. z 2024 r., poz. 107), w związku art. 19 pkt 16 oraz art. 115a ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t. j. Dz. U. z 2024 r., poz. 1283 ze zm.)

ZARZĄD POWIATU RACIBORSKIEGO
uchwala, co następuje:

§ 1. Wyraża się zgodę na przystąpienie Powiatu Raciborskiego do realizacji Programu Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej pn. „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, zwanego dalej „Programem”.

§ 2. 1. Celem Programu jest wsparcie członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobami niepełnosprawnymi posiadającymi:

1)orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo

2)orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniami wymienionymi 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

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

2. Program realizowany będzie w Domu Pomocy Społecznej „Złota Jesień” w Raciborzu przy ul. Grzonki 1, zwanym dalej „Domem”.

3. Program realizowany będzie w segmentach znajdujących się na III piętrze budynku 2.1. Domu, w związku z uzyskaniem zgody Wojewody Śląskiego na takie przeznaczenie wspomnianych segmentów.

4. Program realizowany będzie w formie pobytu całodobowego dla osób posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, z wyłączeniem dzieci.

5. W ramach Programu usługi bezpośredniej opieki wytchnieniowej, w tym samym czasie, mogą być sprawowane przez jednego opiekuna dla więcej niż jednej osoby niepełnosprawnej.

6. Decyzję w zakresie wyboru formy zatrudnienia osób świadczących opiekę wytchnieniową podejmuje Dyrektor Domu.

7. W ramach Programu ustalony jest limit 14 dni na jedną osobę dla usługi opieki wytchnieniowej świadczonej w ramach pobytu całodobowego w Domu.

8. Przyznanie opieki wytchnieniowej następuje na wniosek członka rodziny lub opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad osobą niepełnosprawną, o której mowa w ust. 1.

9. Wniosek, o którym mowa w ust. 8, osoby zainteresowane składają w Domu w postaci Karty zgłoszenia, która stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

10. Złożenie wniosku, o którym mowa w ust. 8, nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Programie.

11. Przyznana w ramach Programu usługa opieki wytchnieniowej, zgodnie z limitem określonym w ust. 7, świadczona będzie nieodpłatnie.

12. Program będzie realizowany od dnia podpisania przez Powiat Raciborski umowy z Wojewodą Śląskim o finansowanie realizacji Programu do dnia 31 grudnia 2025 r.

§ 3. Udziela się pełnomocnictwa Dyrektorowi Domu Pomocy Społecznej „Złota Jesień” w Raciborzu Pani Małgorzacie Krawczyńskiej do podejmowania wszelkich, niezbędnych działań związanych z realizacją Programu.

§ 4. Pełnomocnictwa, o którym mowa w § 3:

- 1) udziela się na czas określony, do momentu ostatecznego rozliczenia edycji Programu na rok 2025;
- 2) wygasa z dniem ustania stosunku pracy Pani Małgorzaty Krawczyńskiej w Domu Pomocy Społecznej „Złota Jesień” w Raciborzu lub zaprzestania pełnienia funkcji Dyrektora DPS „Złota Jesień” w Raciborzu;
- 3) może być odwołane w każdej chwili.

§ 5. 1. Wykonanie uchwały powierza się Kierownikowi Referatu Spraw Społecznych.

2. Nadzór nad wykonaniem uchwały sprawować będzie Członek Zarządu.

§ 6. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

ADWOKAT

STAROSTA

Katarzyna Dopierała

Grzegorz Swoboda

Uzasadnienie:

Zgodnie z regulacją art. 19 pkt 16 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t. j. Dz. U. z 2024 r., poz. 1283 ze zm.) do zadań własnych powiatu należy podejmowanie innych działań wynikających z rozeznaczonych potrzeb, w tym tworzenie i realizacja programów osłonowych. Natomiast art. 115a wspomnianej ustawy stanowi, że zadania określone w ustawie mogą być finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego, na zasadach określonych w ustawie z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (t. j. Dz. U. z 2024 r., poz. 296 ze zm.).

Program „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, podobnie jak edycja 2024, jest kierowany 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 posiadającymi orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie traktowane na równi. Dzięki takiemu wsparciu osoby zaangażowane na co dzień w sprawowanie opieki dysponować będą czasem, który będzie mógł być przeznaczony na odpoczynek i regenerację, jak również na załatwienie niezbędnych spraw. Usługi opieki wytchnieniowej mogą służyć ponadto zabezpieczeniu potrzeb osoby niepełnosprawnej w sytuacji, gdy opiekunowie z różnych powodów nie będą mogli wykonywać swoich obowiązków.

Na realizację Programu Powiat może otrzymać wsparcie finansowe w zakresie usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego lub pobytu całodobowego dla osób mieszkających na terenie powiatu.

Dom Pomocy Społecznej „Złota Jesień” w Raciborzu zrealizował Program „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024. W ramach środków przyznany przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej zaplanowanych zostało 539 pobytych całodobowych, z czego 527 pobytych całodobowych zostało zrealizowanych. Ostatni pobyt zakończył się 9 listopada 2024 r. Program umożliwił wsparcie łącznie 43 opiekunów osób z niepełnosprawnościami, spełniając kluczowe założenia Programu oraz odpowiadając na potrzeby lokalnej społeczności, co potwierdza zasadność kontynuacji Programu w kolejnych latach.

W roku bieżącym Program realizowany był w wydzielonych segmentach Domu, znajdujących się na III piętrze budynku 2.1, które po dokonaniu prac adaptacyjnych i zakupie wyposażenia zostały dostosowane do potrzeb opieki wytchnieniowej. Na takie działanie Powiat uzyskał wcześniej akceptację Wojewody Śląskiego.

Biorąc powyższe pod uwagę Realizator programu zamierza wnioskować o przyznanie w roku 2025 Powiatowi Raciborskiemu 840 pobytych całodobowych dla 60 osób z niepełnosprawnościami będącymi podopiecznymi 60 opiekunów.

Ze względu na specyfikę dotychczas świadczonych usług w DPS „Złota Jesień” w Raciborzu oraz możliwości kadrowe realizację Programu w 2025 r. zawęży się do rodzin i opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobami o znacznym stopniu niepełnosprawności i do tych osób, z wyłączeniem dzieci.

Wobec powyższego, w tym stanie prawnym i faktycznym, podjęcie uchwały jest celowe i uzasadnione.

KIEROWNIK REFERATU
SPRAW SPOŁECZNYCH

Aleksander Kasprzak

STAROSTA

Grzegorz Swoboda

**Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego –
edycja 2025**

I. Dane osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej (członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością):

Imię i nazwisko:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Telefon:

.....

E-mail:

.....

Data urodzenia:

.....

II. Dane dotyczące osoby z niepełnosprawnością, w związku z opieką nad którą, członek rodziny/opiekun ubiega się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej:

Imię i nazwisko:

.....

Data urodzenia:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Rodzaj niepełnosprawności:

1. dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowa – rdzeniowa) ☐;
2. dysfunkcja narządu wzroku ☐;
3. zaburzenia psychiczne ☐;
4. dysfunkcje o podłożu neurologicznym ☐;
5. dysfunkcja narządu mowy i słuchu ☐;
6. pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne ☐.

W jakich czynnościach w szczególności wymagane jest wsparcie:

1. czynności samoobsługowe, w tym utrzymanie higieny osobistej **Tak ☐/Nie ☐**;
2. prowadzenie gospodarstwa domowego i wypełnianie ról w rodzinie **Tak ☐/Nie ☐**;
3. przemieszczanie się poza miejscem zamieszkania **Tak ☐/Nie ☐**;
4. podejmowanie aktywności życiowej i komunikowanie się z otoczeniem **Tak ☐/Nie ☐**.

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

.....

.....

.....

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

☐ dzienna, miejsce wraz z adresem

..... *

☐ całodobowa, miejsce wraz z adresem

..... *

☐ w godzinach

.....

☐ w dniach

.....

III. Wskazanie osoby, która będzie świadczyła usług opieki wytchnieniowej

Czy wskazuje Pan(i) osobę niebędącą członkiem rodziny osoby z niepełnosprawnością, opiekunem osoby z niepełnosprawnością lub osobą faktycznie zamieszkującą razem z osobą z niepełnosprawnością, która będzie świadczyła, za uprzednią zgodą gminy/powiatu, w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością albo innym miejscu wskazanym przez Pana(ią) lub realizatora Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, usług opieki wytchnieniowej?

Tak ☐ / Nie ☐

Jeżeli **Tak**, proszę podać imię i nazwisko tej osoby oraz numer telefonu:

.....

IV. Oświadczenia:

1. Oświadczam, że osoba z niepełnosprawnością w związku z opieką nad którą, ubiegam się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej posiada ważne orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności/orzeczenie traktowane na równi do orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t. j. Dz. U. z 2024 r., poz. 44)/ jest dzieckiem od ukończenia 2 roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności**.
2. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług opieki wytchnieniowej oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowania przez gminę/powiat, która/który realizuje Program „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, świadczonych usług opieki wytchnieniowej. Czynności o których mowa wyżej dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług.
3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.
4. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.

5. Oświadczam, że w godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego nie będą świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t. j. Dz. U. z 2024 r., poz. 1283 ze zm.), inne usługi finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie do usług opieki wytchnieniowej finansowane ze środków publicznych.
6. Oświadczam, że aktualnie uczestniczę/nie uczestniczę*** bądź uczestniczyłem/nie uczestniczyłem*** w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 lub innym programie resortowym Ministra Rodziny i Polityki Społecznej w 2025 r. w zakresie usług opieki wytchnieniowej, w tym w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025. W ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 i/lub innego programu resortowego Ministra Rodziny i Polityki Społecznej w 2025 r. w zakresie usług opieki wytchnieniowej, w tym z Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025 przyznano mi (wpisać liczbę godzin/dni) godzin/dni opieki wytchnieniowej.
7. W przypadku wskazania w dziale III niniejszej Karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 osoby, która będzie świadczyła usług opieki wytchnieniowej oświadczam, że osoba ta przygotowana jest do świadczenia usług opieki wytchnieniowej.

Miejscowość, data

.....

Podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług opieki wytchnieniowej

.....

Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie

* Należy wpisać miejsce wymienione w treści Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025:

- 1) świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego:
 - a) za uprzednią zgodą gminy/powiatu, miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
 - b) ośrodek wsparcia,
 - c) dom pomocy społecznej świadczący usługi wsparcia krótkoterminowego w formie dziennej,
 - d) dom pomocy społecznej prowadzony przez podmioty niepubliczne, o których mowa w art. 57 ust. 1 pkt 2-4 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t. j. Dz. U. 2024 r., poz. 1283 ze zm.),
 - e) w przypadku braku możliwości realizacji opieki wytchnieniowej w miejscach, o których mowa w lit. b-d, istnieje możliwość zrealizowania opieki wytchnieniowej w centrum opiekuńczo-mieszkalnym (COM), w przypadku posiadania wolnych miejsc,
 - f) za uprzednią zgodą gminy/powiatu, inne miejsce wskazane przez uczestnika Programu lub realizatora Programu, spełniające kryteria dostępności, o których mowa w ustawie z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (t. j. Dz. U. z 2024 r., poz. 1411);
- 2) świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu całodobowego:
 - a) za uprzednią zgodą gminy/powiatu, miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
 - b) mieszkanie treningowe lub wspomagane (z wyłączeniem dzieci do ukończenia 16. roku życia posiadających orzeczenie o niepełnosprawności),
 - c) ośrodek wsparcia,
 - d) rodzinny domu pomocy,
 - e) dom pomocy społecznej świadczący usługi wsparcia krótkoterminowego w formie pobytu całodobowego,
 - f) dom pomocy społecznej prowadzony przez podmioty niepubliczne, o których mowa w art. 57 ust. 1 pkt 2-4 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,
 - g) w placówka zapewniająca całodobową opiekę, o której mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,
 - h) w przypadku braku możliwości realizacji opieki wytchnieniowej w miejscach, o których mowa w lit. b-g, istnieje możliwość zrealizowania opieki wytchnieniowej w centrum opiekuńczo-mieszkalnym (COM), w przypadku posiadania wolnych miejsc,
 - i) za uprzednią zgodą gminy/powiatu, inne miejsce wskazane przez uczestnika Programu lub realizatora Programu, spełniające kryteria dostępności, o których mowa w ustawie z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (t. j. Dz. U. z 2024 r., poz. 1411).

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

*** odpowiednie skreślić.

KIEROWNIK REFERATU
SPRAW SPOŁECZNYCH

Aleksander Kasprzak

STAROSTA

Grzegorz Swoboda