



Zapraszamy do uczestnictwa w programie

Opieka wytchnieniowa – edycja 2019

Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Połczynie-Zdroju prowadzi rekrutację uczestników do programu Opieka wytchnieniowa – edycja 2019, realizowanego w ramach *Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych*.

Celem programu jest wsparcie członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad:

- **dziećmi niepełnosprawnymi** z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji, konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji,

- **osobą ze znacznym stopniem niepełnosprawności,**

poprzez doraźną pomoc w formie opieki wytchnieniowej.

Usługi realizowane **będą w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej.**

Szczegółowe informacje można uzyskać po nr tel. 94 36 62 069 i 94 36 66 243 lub w siedzibie MGOPS przy ul. Koszalińskiej 8a.

Nabór wniosków prowadzony jest w sposób ciągły **do wyczerpania limitu** godzin usług.

Termin realizacji programu: od dnia ogłoszenia do **31.12.2019 r.**

Wymagane dokumenty:

1. Zgłoszenie
2. Orzeczenie o niepełnosprawności
3. Karta oceny stanu pacjenta wg zmodyfikowanej skali Barthel

Druki dokumentów dostępne są w MGOPS w Połczynie-Zdroju przy ul. Koszalińskiej 8a w sekretariacie ośrodka pokój nr 1 oraz na stronie internetowej ośrodka.



ZGŁOSZENIE

dotyczące świadczenia usług w ramach programu *Opieka wytchnieniowa – edycja 2019*

Oświadczam, iż jestem członkiem rodziny/opiekunem sprawującym bezpośrednią opiekę nad:

- dzieckiem niepełnosprawnym** z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji, konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji,
- osobą ze znacznym stopniem niepełnosprawności,**

Informuję o potrzebie otrzymania wsparcia w postaci doraźnej, czasowej przerwy w sprawowaniu opieki poprzez przyznanie usług opieki wytchnieniowej w formie pobytu dziennego w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej dla:

.....
(imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej)

.....
(adres)

w proponowanym wymiarzegodzin dziennie, przezdni w tygodniu
świadczonych w okresie od.....do

.....
data i podpis członka rodziny/opiekuna

Załączniki wymagane do zgłoszenia:

- Orzeczenie o niepełnosprawności- kopia, oryginał do wglądu,
- Karta oceny stanu pacjenta wg zmodyfikowanej skali Barthel, wypełniona przez lekarza specjalistę- zgodnie z symbolem przyczyny niepełnosprawności znajdującej się w orzeczeniu.



Załącznik nr 6 do Programu Ministerstwa
Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka
wytchnieniowa – edycja 2019”

KARTA OCENY STANU PACJENTA WG ZMODYFIKOWANEJ SKALI BARTHEL

Imię i nazwisko pacjenta

.....

Adres zamieszkania

.....

PESEL

L/p	NAZWA CZYNNOŚCI *	WARTOŚĆ PUNKTOWA **/
1.	Spożywanie posiłków 0= nie jest w stanie samodzielnie jeść lub przełykać, 5= potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu, karmieniu doustnym 10= samodzielny, niezależny	
2.	Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem/siadanie 0= nie jest w stanie przemieszczać się, nie zachowuje równowagi przy siadaniu oraz siedzeniu 5= przemieszcza się z pomocą fizyczną jednej lub dwóch osób, może siedzieć 10= mniejsza pomoc (słowna lub fizyczna) 15=samodzielny	
3.	Utrzymanie higieny osobistej 0= nie jest w stanie wykonać żadnych czynności higienicznych 5=potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności higienicznych 10=samodzielny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, także z zapewnionymi pomocami	
4.	Korzystanie z toalety (WC) 0= nie korzysta w ogóle z toalety 5= potrzebuje lub częściowo potrzebuje pomocy przy korzystaniu z toalety 10=samodzielny w dotarciu do toalety oraz w zdejmowaniu i zakładaniu części garderoby	
5.	Mycie i kąpiel całego ciała 0= kapany w wannie przy pomocy podnośnika 5= wymaga pomocy 10=samodzielny	
6.	Poruszanie się po powierzchniach płaskich 0= w ogóle nie porusza się 5= porusza się na odległość do 50m za pomocą sprzętu wspomagającego i z pomocą co najmniej jednej osoby	



	10= samodzielny, niezależny w poruszaniu się na odległość powyżej 50m, także w użyciu sprzętu wspomagającego	
7.	Wchodzenie i schodzenie po schodach 0= nie jest w stanie wchodzić i schodzić po schodach nawet z pomocą innej osoby 5= potrzebuje pomocy fizycznej asekuracji, przenoszenia 10= samodzielny	
8.	Ubieranie się i rozbieranie 0= potrzebuje kompleksowej pomocy innej osoby 5= potrzebuje częściowej pomocy innej osoby 10= samodzielny, niezależny (także w zapinaniu guzików, zamka, zawiązywanie sznurowadeł)	
9.	Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu 0= nie panuje nad oddawaniem stolca 5= sporadycznie bezwiednie oddaje stolec 10= kontroluje oddawanie stolca	
10.	Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego 0= nie panuje nad oddawaniem moczu 5= sporadycznie bezwiednie oddaje mocz 10= kontroluje oddawanie moczu	
Łączna liczba punktów (wynik oceny) ***		

Dodatkowe, inne niż wymienione wyżej, przesłanki świadczące o zakwalifikowaniu pacjenta do grupy osób niesamodzielnych tj. osób które ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymagają opieki lub wsparcia w związku z niemożliwością wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego

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

.....
data, pieczęć, podpis lekarza specjalisty

* w punktach 1-10 należy wybrać jedną z możliwości najlepiej opisującą stan pacjenta i podkreślić

** wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości

*** w ramce wpisać uzyskaną sumę punktów