

Data wpływu:		FORMULARZ REKRUTACYJNY do projektu „POKONAĆ OGRANICZENIA”
Numer formularza:		
Informacje o projekcie Pełna nazwa: „POKONAĆ OGRANICZENIA” – rozwój usług społecznych skierowanych do osób zależnych, niepełnosprawnych i ich opiekunów. Nr projektu: FEMP.06.33-IP.01-1640/24 Priorytet: Fundusze europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego Działanie: Wsparcie usług społecznych w regionie – ZIT Realizujący projekt: Miejsko Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Wieliczce Fundusz: Europejski Fundusz Społeczny Plus Okres realizacji: 1.04.2025 – 30.06.2029		

Instrukcja wypełniania Formularza Rekrutacyjnego:

1. Formularz Rekrutacyjny należy wypełnić drukowanymi literami.
2. Właściwą odpowiedź należy zaznaczyć krzyżykiem.
3. Wymagane jest uzupełnienie własnoręcznych, czytelnych podpisów pod oświadczeniami znajdującymi się na końcu formularza oraz klauzulą RODO.
4. Nabór do projektu prowadzony jest w sposób ciągły, do wyczerpania miejsc w poszczególnych formach wsparcia. Złożenie formularza nie jest jednoznaczne z przyznaniem pełnego oczekiwanego wsparcia.
5. Na podstawie formularza, Komisja Rekrutacyjna umieszcza Kandydata na liście rankingowej według ilości zdobytych punktów. W przypadku równej liczby punktów decyduje kolejność zgłoszeń. Szczegółowe kryteria zamieszone są w regulaminie rekrutacji.
6. Personel Biura Projektu dostępny codziennie w godzinach 7.30-15.30, Wieliczka, ul. Szpunara 20, pomaga w prawidłowym wypełnieniu formularza.
7. Formularz składa się z czterech głównych części, wszystkie wypełnia Opiekun Faktyczny.

Część A. Wpisujemy dane osoby zależnej, którą zajmuje się opiekun. Proszę pamiętać, że każdy wpis dotyczący kryterium preferencyjnego musi być udokumentowany.

Część B. Wpisujemy dane Opiekuna Faktycznego.

Część C. Zawiera niezbędne oświadczenia, które podpisuje Opiekun Faktyczny.

Część D. Wypełnia Komisja Rekrutacyjna.

Część E. Słowniczek.

Do wniosku należy dołączyć w terminie 7 dni:

- wymagane dokumenty potwierdzające spełnianie każdego kryterium preferencyjnego,
- oświadczenie Osoby wymagającej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w tym ze względu na wiek, chorobę, niepełnosprawność czy zaburzenia psychiczne o zgodności danych,
- klauzulę Rodo podpisaną przez osobę w/w Osobę.

Klauzula informacyjna wobec uczestników (osoby niesamodzielne oraz opiekunowie faktyczni) projektu realizowanego w ramach MCWOF przez MGOPS w Wieliczce

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119, s. 1) – dalej RODO – informujemy, że:

1. Administrator Danych

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Dyrektor Miejsko Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej z siedzibą w Wieliczce, 32-020 Wieliczka, ul. Sienkiewicza 34.

2. Inspektor Ochrony Danych

W sprawach ochrony Pani/Pana danych można kontaktować się z wyznaczonym Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail iodo@mgops Wieliczka.pl oraz pod numerem telefonu 500 610 605.

3. Cele i podstawy przetwarzania

Administrator będzie przetwarzał Pani/Pana dane osobowe w celu wypełnienia obowiązków ustawowych ciążyących na Administratorze jakimi w tym przypadku jest przeprowadzenia mediacji przez uprawnionego pracownika Ośrodka Pomocy Społecznej. Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit c RODO i/lub art. 9 ust. 2 lit b RODO w zw. z Regulaminem projektu pn. „Pokonać ograniczenia – rozwój usług społecznych skierowanych do osób zależnych, niepełnosprawnych i ich opiekunów.

4. Odbiorcy danych

Odbiorcami Pani/Pana danych mogą być podmioty, które przetwarzają dane osobowe w imieniu Administratora na podstawie zawartej z administratorem umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych m.in. firmom informatycznym, hostingowym, prawniczym, firmom zajmującym się ochroną danych osobowych, oprócz tego możemy zostać zobowiązani np. na podstawie przepisu prawa do udostępnienia Pana/Pani danych osobowych podmiotom prywatnym i publicznym.

5. Okres przechowywania danych

Pani/Pana dane osobowe po zrealizowaniu celu, dla którego zostały zebrane, będą przetwarzane w celach archiwalnych i przechowywane przez okres niezbędny wynikający z przepisów dotyczących archiwizowania dokumentów obowiązujących u Administratora - Rzeczowy Wykaz Akt lub bezpośrednio z ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.

6. Prawa osób, których dane dotyczą

Posiada Pani/Pan prawo do:

- 1) na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
- 2) na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych;
- 3) na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
- 4) na podstawie art. 17 RODO prawo do usunięcia danych osobowych z zastrzeżeniem:
 - a) ust. 3 lit b RODO tj konieczności wywiązania się z prawnego obowiązku wymagającego przetwarzania na mocy prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego, któremu podlega administrator,
 - b) ust. 3 lit d RODO gdyż dalsze przetwarzanie jest niezbędne do celów archiwalnych w interesie publicznym,
 - c) ust. 3 lit e RODO gdyż dane osobowe mogą być niezbędne do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń;
- 5) prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.

Nie przysługuje Pani/Panu:

- 1) prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO, gdyż przetwarzanie odbywa się na podstawie art. 6 ust. 1 lit c RODO;
- 2) na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO.

7. Informacja o wymogu/dobrowolności podania danych

Podanie Pani/Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne do rozpatrzenia Pani/Pana sprawy.

8. Zautomatyzowane podejmowanie decyzji

Pani/Pana dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania.

Zapoznałem/-am się z klauzulą informacyjną

.....

data

.....

czytelny podpis

CZĘŚĆ A

I. Dane uczestnika projektu / osoby zależnej			
Imię (imiona)		Nazwisko	
PESEL	Data urodzenia	Płeć	
		<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Mężczyzna

Adres zamieszkania i dane kontaktowe			
Kraj		Województwo	
Powiat		Gmina	
Miejscowość		Kod pocztowy	
Ulica		Nr budynku/lokalu	
Tel. kontaktowy		Adres e-mail	

II. Kryteria kwalifikujące do wsparcia <i>(każde: 1 pkt)</i>
<i>Proszę zaznaczyć właściwe:</i>
<input type="checkbox"/> Mieszka, uczy się lub pracuje na terenie Miasta i Gminy Wieliczka
Weryfikacja: Oświadczenie w formularzu zgłoszeniowym
<input type="checkbox"/> Jest osobą wymagającą wsparcia ze względu na wiek, niepełnosprawność, zaburzenia psychiczne w codziennym funkcjonowaniu
Weryfikacja: Oświadczenie w formularzu zgłoszeniowym
<input type="checkbox"/> Nie otrzymuje obecnie wsparcia o analogicznym charakterze, dofinansowanego ze środków EFS+
Weryfikacja: Oświadczenie uczestnika

III. Kryteria preferencyjne – osoby zależne
<i>(za każde spełnione kryterium: 5 pkt)</i>
<input type="checkbox"/> Znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności <i>(orzeczenie/orzeczenie dziecka do lat 16)</i>
<input type="checkbox"/> Niepełnosprawność sprzężona <i>(orzeczenie/orzeczenie dziecka do lat 16)</i>
<input type="checkbox"/> Choroba psychiczna <i>(zaświadczenie lekarskie)</i>
<input type="checkbox"/> Niepełnosprawność intelektualna <i>(orzeczenie/orzeczenie dziecka do lat 16)</i>
<input type="checkbox"/> Całościowe zaburzenia rozwojowe (zgodnie z ICD-10) <i>(zaświadczenie lekarskie)</i>
<input type="checkbox"/> Korzystanie z programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową (FE PŻ) <i>(skierowanie)</i>
<input type="checkbox"/> Samotne zamieszkiwanie <i>(oświadczenie)</i>
<input type="checkbox"/> Kryzys bezdomności/zagrożenie bezdomnością/wykluczenie z dostępu do mieszkań <i>(oświadczenie)</i>
<input type="checkbox"/> Dziecko wychowujące się poza rodziną biologiczną <i>(zaświadczenie PCPR lub dokumenty własne)</i>

IV. Status uczestnika w chwili przystąpienia do projektu

- Obywatel państwa trzeciego
- Osoba obcego pochodzenia
- Osoba należąca do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych
- Osoba w kryzysie bezdomności lub dotkniętych wykluczeniem z dostępu do mieszkań.

CZĘŚĆ B

I. Dane uczestnika projektu / opiekun faktyczny

Imię (imiona)		Nazwisko	
PESEL	Data urodzenia	Płeć	
		<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Mężczyzna

Adres zamieszkania i dane kontaktowe

Kraj		Województwo	
Powiat		Gmina	
Miejscowość		Kod pocztowy	
Ulica		Nr budynku/lokalu	
Tel. kontaktowy		Adres e-mail	

II. Kryteria kwalifikujące do wsparcia (każde: 1 pkt)

Proszę zaznaczyć właściwe

- Mieszkam, uczę się lub pracuję na terenie Miasta i Gminy Wieliczka

Weryfikacja: Oświadczenie w formularzu zgłoszeniowym

- Jestem opiekunem osoby niesamodzielnej/zależnej (ze względu na wiek, niepełnosprawność, zaburzenia psychiczne)

Weryfikacja: Oświadczenie w formularzu zgłoszeniowym

- Nie otrzymuję obecnie wsparcia o analogicznym charakterze, dofinansowanego ze środków EFS+

Weryfikacja: Oświadczenie uczestnika

III. Kryteria preferencyjne – Opiekun Faktyczny

(za każde spełnione kryterium: 3 pkt)

- Opiekuję się osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności
- Opiekuję się osobą z niepełnosprawnością sprzężoną
- Opiekuję się osobą z chorobą psychiczną

<input type="checkbox"/> Opiekuję się osobą z niepełnosprawnością intelektualną
<input type="checkbox"/> Opiekuję się osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (zgodnie z ICD-10)
<input type="checkbox"/> Opiekuję się osobą korzystającą z programu FE PŻ
<input type="checkbox"/> Opiekuję się osobą w kryzysie bezdomności
<input type="checkbox"/> Opiekuję się dzieckiem wychowującym się poza rodziną biologiczną

IV. Dane dodatkowe

1. Wykształcenie:

<input type="checkbox"/> Brak	<input type="checkbox"/> Podstawowe	<input type="checkbox"/> Gimnazjalne	<input type="checkbox"/> Zasadnicze zawodowe
<input type="checkbox"/> Średnie	<input type="checkbox"/> Policealne	<input type="checkbox"/> Wyższe	

2. Czy korzystasz ze świadczeń pomocy społecznej?

<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
------------------------------	------------------------------

3. Status zawodowy:

<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna
<input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo
<input type="checkbox"/> Osoba pracująca
<input type="checkbox"/> Emeryt/rencista
<input type="checkbox"/> Inne (jakie?) <input type="text"/>

V. Status uczestnika

1. Status uczestnika w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> Obywatel państwa trzeciego
	<input type="checkbox"/> Osoba obcego pochodzenia
	<input type="checkbox"/> Osoba należąca do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych
	<input type="checkbox"/> Osoba w kryzysie bezdomności lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań

2. Czy jesteś osobą z niepełnosprawnością?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
---	------------------------------	------------------------------

3. Jeśli „Tak”, prosimy określić rodzaj:	<input type="checkbox"/> Niepełnosprawność ruchowa
	<input type="checkbox"/> Niepełnosprawność słuchowa
	<input type="checkbox"/> Niepełnosprawność wzrokowa
	<input type="checkbox"/> Inna (jaka?) <input type="text"/>

4. Określ pokrewieństwo / relacje względem osoby zależnej

<input type="text"/>

VI. Szczególne oczekiwania		<input type="checkbox"/> nie posiadam	<input type="checkbox"/> posiadam
Szczególne potrzeby:	<input type="checkbox"/> Pętla indukcyjna		
	<input type="checkbox"/> Tłumacz migowy		
	<input type="checkbox"/> Powiększony tekst		
	<input type="checkbox"/> Podjazd		
	<input type="checkbox"/> Inne (jakie?)		

CZĘŚĆ C

I. Oświadczenia			
1.	Zostałam/em poinformowana/y, że w przypadku równej liczby punktów, o udziale w projekcie decyduje kolejność zgłoszeń do wyczerpania miejsc	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
2.	Mieszkam, uczę się lub pracuję na terenie miasta i gminy Wieliczka	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
3.	Osoba zależna mieszka, uczy się lub pracuje na terenie miasta i gminy Wieliczka	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
4.	Osoba, której jestem opiekunem faktycznym wymaga wsparcia w codziennym funkcjonowaniu ze względu na wiek, niepełnosprawność czy zaburzenia psychiczne	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
5.	Nie otrzymuję jednocześnie wsparcia o analogicznym celu/charakterze, dofinansowania ze środków EFS+	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
6.	Osoba zależna nie otrzymuje jednocześnie wsparcia o analogicznym celu/charakterze, dofinansowania ze środków EFS+	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

II. Poszukuję następującej pomocy (pola nieobowiązkowe)			
1.	Indywidualne poradnictwo (pracownik socjalny, psycholog, prawnik)		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
2.	Opieka wytchnieniowa dzienna		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
2.a	Jeżeli „Tak”:		
2.b	Wskazuję opiekuna		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
2.c	Imię i nazwisko opiekuna:		
3.	Opieka wytchnieniowa całodobowa		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
3.a	Jeżeli „Tak”:		
3.b	Wskazuję opiekuna		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
3.c	Imię i nazwisko opiekuna:		
4.	Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie



4.a	Jeżeli „Tak”:		
4.b	Wskazuję opiekuna	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
4.c	Imię i nazwisko asystenta:	<input type="text"/>	
5.	Indywidualne szkolenia w miejscu zamieszkania (pielęgniarka, fizjoterapeuta)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
6.	Zespołowa asystentura	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
7.	Grupy wsparcia	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
8.	Warsztaty opiekunów	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
9.	Inne	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	(jaki?) <input type="text"/>		

III. Oświadczenie

Ja, niżej podpisany/podpisana
 zgłaszam chęć udziału w projekcie pn. „POKONAĆ OGRANICZENIA – rozwój usług
 społecznych skierowanych do osób zależnych, niepełnosprawnych i ich opiekunów”
 w ramach programu Fundusze europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia
 społecznego, Działanie 6.33 Wsparcie usług społecznych w regionie – ZIT.

Zostałem poinformowany o współfinansowaniu Projektu przez Unię Europejską ze
 środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.

.....

data

.....

czytelny podpis uczestnika projektu

IV. Oświadczenie

Pouczenie: Składanie oświadczeń niezgodnie z prawdą podlega odpowiedzialności
 karnej zgodnie z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny.

Ja niżej podpisany/podpisana oświadczam, że powyższe dane są prawdziwe.

Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności prawnej w przypadku podania
 nieprawdziwych danych.

.....

data

.....

czytelny podpis uczestnika projektu

CZĘŚĆ D

Wypełnia Komisja Rekrutacyjna

.....
miejsowość, data

1.	Czy złożono komplet dokumentów?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
2.	Czy pod względem formalnym osoba spełnia kryteria uczestnika projektu?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
3.	Czy osoba została zakwalifikowana do projektu?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
4.	Suma punktów:		
5.	Termin rozpoczęcia udziału w projekcie:		
6.	Termin zakończenia udziału w projekcie:		

Uwagi Komisji Rekrutacyjnej

--

Komisja Rekrutacyjna

L.p.	Imię i nazwisko	Podpis

CZĘŚĆ E - Słowniczek objaśniający pojęcia i skróty użyte w formularzu rekrutacyjnym do projektu „Pokonać Ograniczenia”.

1. UŻYWANE SKRÓTY

EFS – Europejski Fundusz Społeczny. Jest to jeden z funduszy Unii Europejskiej, którego celem jest wspieranie rozwoju społeczno-gospodarczego krajów członkowskich, szczególnie w zakresie zatrudnienia, edukacji, szkolenia i włączenia społecznego.

ICD-10 – Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, wersja dziesiąta. Jest to system klasyfikacji medycznej opracowany przez Światową Organizację Zdrowia (WHO).

FEPŻ (FE PŻ) – Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową 2021–2027, Podprogram 2023. Jest to jeden z krajowych programów realizowanych z udziałem środków pochodzących z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, zgodnie z Umową Partnerstwa na lata 2021–2027.

PCPR – Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie – podstawowa samorządowa jednostka organizacyjna pomocy społecznej na szczeblu powiatowym, realizująca zadania z zakresu pomocy społecznej, wspierania rodziny oraz systemu pieczy zastępczej.

2. UŻYWANE POJĘCIA

Obywatel państwa trzeciego – w kontekście Unii Europejskiej jest to każda osoba, która nie jest obywatelem państwa członkowskiego UE, czyli posiada obywatelstwo kraju spoza UE.

Osoba obcego pochodzenia – cudzoziemiec, czyli osoba nieposiadająca obywatelstwa polskiego. Niezależnie od tego, czy posiada obywatelstwo innych państw, w Polsce jest uznawana za osobę obcego pochodzenia.

Opiekun faktyczny (nieformalny) – osoba pełnoletnia sprawująca opiekę nad osobą niesamodzielną, niebędąca opiekunem zawodowym i niepobierająca wynagrodzenia za opiekę. Najczęściej jest to członek rodziny, ale pojęcie to obejmuje również sąsiadów czy przyjaciół.

Osoba niesamodzielną (zależną) – osoba, która z powodu stanu zdrowia lub niepełnosprawności wymaga opieki lub wsparcia, gdyż nie jest w stanie samodzielnie wykonywać co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.

3. OPIS DOSTĘPNYCH FORM POMOCY

1) Indywidualne poradnictwo

Wsparcie edukacyjne i doradcze dla opiekunów faktycznych realizowane przez Punkt Informacyjny i Mobilne Centrum Wsparcia Opiekunów Faktycznych. Kontakt osobisty, mailowy i telefoniczny w godzinach pracy punktu informacyjnego:

a) w zakresie wiedzy.

Pracownik punktu gromadzi pytania dotyczące potrzeb OF, w miarę możliwości udziela informacji, porady, w złożonych sprawach pozyskuje potrzebne odpowiedzi i przekazuje je bezpośrednio do zainteresowanej osoby, w sposób przez nią wybrany (osobiście, przez telefon , mail, tradycyjną korespondencją);

b) w zakresie kompetencji cyfrowych.

Opiekun Faktyczny może umówić się na indywidualne spotkanie w punkcie informacyjnym , celem przeszkolenia w podstawowej obsłudze komputera,

c) możliwe jest indywidualne poradnictwo w miejscu zamieszkania, w trudnych sytuacjach, realizowane przez psychologa, prawnika, pracownika socjalnego.

Wymagany jest odrębny wniosek z opisem sytuacji.

Głównym celem usług doradztwa indywidualnego dla opiekunów jest zapewnienie wsparcia ułatwiającego realizację opieki w środowisku domowym.

2) Opieka wytchnieniowa dzienna

Czasowe przebywanie osoby wymagającej wsparcia pod opieką innej osoby, co daje opiekunowi możliwość odpoczynku lub chwilowego odciążenia. Opieka wytchnieniowa sprawowana jest **w miejscu zamieszkania** dla osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w tym ze względu na wiek, niepełnosprawność lub zaburzenia psychiczne – zarówno dorosłych, jak i dzieci. Usługa przysługuje w przypadku wspólnego zamieszkiwania osoby zależnej i jej opiekuna. Zakres czynności opiekuna w ramach usługi:

- pomoc w czynnościach higienicznych i samoobsługowych,
- pomoc w prowadzeniu gospodarstwa domowego i pełnieniu ról rodzinnych,
- pomoc w poruszaniu się poza domem,
- wsparcie w aktywizacji i kontaktach z otoczeniem.

3) Opieka wytchnieniowa całodobowa

Czasowe, 24-godzinne przejęcie opieki nad osobą potrzebującą wsparcia, dające opiekunowi możliwość odpoczynku. Realizowane przez wybrany w postępowaniu przetargowym ośrodek opieki całodobowej. Obejmuje pomoc w podstawowych czynnościach, m.in. karmienie, mycie, poruszanie się.

4) Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej (AON)

Forma wsparcia dla osób z niepełnosprawnościami, zapewniająca pomoc w codziennym funkcjonowaniu i życiu społecznym.

Zakres czynności AON obejmuje:

a) Pomoc w samoobsłudze:

- higiena osobista, ubieranie, kąpiel, korzystanie z toalety,
- pielęgnacja (np. golenie, makijaż, obcinanie paznokci),
- zmiana pozycji ciała, opieka przeciwoleżynowa,
- karmienie (w tym przez PEG i sondę),
- przesiadanie się, układanie w łóżku.

b) Pomoc domowa i wsparcie rodzinne:

- utrzymanie porządku i czystości,
- towarzyszenie podczas zakupów,
- pomoc w praniu i zmianie pościeli,
- pomoc przy dzieciach (przewijanie, transport).

c) Wsparcie w przemieszczaniu się:

- asystowanie w podróży,
- pokonywanie barier architektonicznych,
- pomoc osobom z niepełnosprawnością sensoryczną,
- transport z udziałem asystenta.

d) Aktywizacja społeczna i życiowa:

- korzystanie z komputera i Internetu,
- spacer, wyjścia do kina, muzeum, kościoła itp.,
- załatwianie spraw urzędowych i zawodowych,

- wsparcie komunikacyjne i w podejmowaniu decyzji,
- pomoc przy wizytach lekarskich i zabiegach.

5) Indywidualne szkolenia w miejscu zamieszkania.

Szkolenia w zakresie opieki nad osobą niesamodzielną w miejscu jej zamieszkania, w szczególności; pielęgnacja i rehabilitacja jako wsparcie procesu leczenia.

Szkolenia ukierunkowane na dostarczenie umiejętności praktycznych, w szczególności związanych z czynnościami pielęgnacyjnymi, podnoszeniem i przesuwaniami osoby unieruchomionej, zapobieganiem powikłaniom wynikającym z długotrwałego unieruchomienia, udzielaniem pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia, komunikowaniem się z podopiecznym, planowaniem opieki, monitorowaniem podopiecznego oraz nawiązywaniem współpracy z jednostkami opieki zdrowia.

Wymagany jest odrębny wniosek z opisem sytuacji .

6) Zespołowa asystentura

Współpraca zespołu specjalistów realizowana w formach mobilnych (niestacjonarnych).

Usługę rozpoczyna diagnostyczna wizyta zespołu (pracownik socjalny + specjalista) w miejscu świadczenia opieki, której celem jest weryfikacja potrzeb, następnie zostanie opracowany indywidualny plan wsparcia. Ilość wizyt ustalana jest indywidualnie, wg. potrzeb i stanu zdrowia podopiecznego.

Wymagany jest odrębny wniosek z opisem sytuacji .

7) Grupy wsparcia

Grupy służące wzajemnej pomocy, wymianie specjalistycznych doświadczeń (np. niestandardowe sposoby karmienia), wymianie sprzętu oraz wsparciu emocjonalnemu. Opiekun faktyczny zyskuje możliwości poznania i znalezienia adekwatnych do swojej sytuacji osobistej, skutecznych sposobów radzenia sobie z emocjami, które towarzyszą opiece nad osobą niesamodzielną, przyjrzenia się własnym, często niezaspokojonym lub nieuświadomionym, potrzebom, odreagowania stresu związanego z koniecznością świadczenia opieki, poznania przyczyn i zrozumienia trudnych zachowań bliskiej osoby niesamodzielnej, wymiany doświadczeń w gronie osób znajdujących się w podobnej sytuacji i roli życiowej. Spotkania te są dla wielu opiekunów nieformalnych jedyną możliwością poznania osób w zbliżonym położeniu i poszerzenia sieci interakcji do budowania platformy wymiany doświadczeń.

8) Warsztaty dla opiekunów

Szkolenia obejmujące różnorodne zagadnienia – od podstawowej opieki po specjalistyczne tematy medyczne i prawne. Mogą być wzbogacone o filmy instruktażowe.

Planowany zakres tematyczny warsztatów: świadczenia i formy pomocy dla osób z niepełnosprawnościami stacjonarne formy opieki (ZOL, DPS, hospicjum), pierwsza pomoc przedmedyczna, żywienie osób starszych i niepełnosprawnych, przemoc wobec osób zależnych, prawne aspekty opieki, psychologia opieki, choroby neurodegeneracyjne (Alzheimer, Parkinson, otępienie), profilaktyka, pielęgnacja ran, odleżyn, przetok itp. techniki relaksacji i redukcji lęku.