

Regulamin Programu

Opieka wytchnieniowa – edycja 2019

realizowanego ze środków Solidarnościowego Funduszu Wsparcia

Osób Niepełnosprawnych, zwanego dalej „Funduszem Solidarnościowym”

realizowanego przez Gminny Ośrodek Pomocy w Żmigrodzie na podstawie umowy nr 15/OW/2019

zawartej pomiędzy Skarbem Państwa, a Gminą Żmigród

okres realizacji: lipiec – grudzień 2019 r.

§ 1

Definicje związane z Programem

1. Program – należy przez to rozumieć Program Opieka wytchnieniowa – edycja 2019.
2. Osoba niesamodzielna – należy przez to rozumieć osobę, która ze względu na niepełnosprawność, wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania czynności dnia codziennego.
3. Opiekun – należy przez to rozumieć osobę pełnoletnią, opiekującą się osobą niesamodzielną.
4. Uczestnik/czka Programu – należy przez to rozumieć osobę, która podpisała deklarację uczestnictwa w projekcie, która stanowi załącznik nr 1 do Regulaminu.
5. Realizator Programu - należy przez to rozumieć Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Żmigrodzie.

§ 2

Postanowienia ogólne

1. Głównym celem Programu jest zwiększenie możliwości dostępu do usług opieki wytchnieniowej dla opiekunów osób z niepełnosprawnością oraz wsparcie członków rodzin sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobami z niepełnosprawnością.
2. W ramach Programu realizowane będą następujące formy wsparcia:
 - usługi w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej;
 - realizacja wsparcia dla opiekunów w postaci grupy wsparcia;
 - zrealizowanie usług „odciążeniowych”, dla opiekunów osób zależnych;
 - spotkania integracyjne;
 - udział w imprezach kulturalno – sportowych;
 - siłwoterapia;
 - arteterapia

§ 3

Program nie ma za zadanie realizowanie usług opiekuńczych, w rozumieniu ustawy o pomocy społecznej i ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

§ 4

Uczestnicy Programu

1. Uczestnikami Programu mogą zostać osoby niesamodzielne, ze znacznym stopniem niepełnosprawności oraz ich opiekunowie, którzy sprawują codzienną opiekę w domach nad osobami niesamodzielnymi.
2. Uczestnik Programu zobowiązuje się do wypełnienia, przed przystąpieniem do Programu, deklaracji, stanowiącej załącznik nr 1 do Regulaminu oraz Karty Zgłoszenia stanowiącej załącznik nr 2 do Regulaminu.
3. Uczestnik Programu nie ponosi kosztów finansowych związanych z udziałem w Programie.

§ 5

Proces rekrutacji

1. Nabór uczestników Programu prowadzony jest przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Żmigrodzie, Pl. Wojska Polskiego 5, 55-140 Żmigród.
2. Rekrutacja będzie prowadzona w terminie do 31.07.2019 r.
3. Rekrutacja prowadzona będzie zgodnie z zasadą równych szans i niedyskryminacji.
4. Rekrutację prowadzi Komisja Rekrutacyjna, w skład której wchodzi:
 - Ewelina Kondracka,
 - Dorota Mitek,
 - Małgorzata Paryna,
 - Edyta Ziętkiewicz
5. Do zadań Komisji Rekrutacyjnej należy w szczególności:
 - analiza dokumentów pod kątem formalnym,
 - wyłonienie uczestników Programu, którzy spełniają założone kryteria udziału w Programie,
 - sporządzenie listy uczestników Programu i listy rezerwowej.
6. W procesie rekrutacji zostanie wyłonionych 15 opiekunów osób niesamodzielnych, wymagających opieki oraz 10 osób niesamodzielnych.
7. Procedura rekrutacji obejmuje:
 - a) etap naboru
 - przekazanie informacji na temat Programu i warunków uczestnictwa, rodzaju wsparcia oraz wymagań stawianych przed uczestnikami Programu,
 - umieszczenie informacji na temat terminu prowadzonego naboru na stronie internetowej GOPS Żmigród oraz na Fb GOPS Żmigród,
 - przyjmowanie zgłoszeń uczestnictwa w Programie.
 - b) etap doboru
 - weryfikacja formalna, pod kątem spełniania warunków uczestnika w Programie,
 - przeprowadzenie rozmowy z kandydatem na uczestnika Programu,
 - analiza danych potencjalnych uczestników Programu oraz uzupełnienie karty przyjęcia,
 - opracowanie listy uczestników Programu,
 - opracowanie listy rezerwowej,
 - poinformowanie drogą telefoniczną i pisemną o zakwalifikowaniu się do udziału w Programie.

8. Zasady przyjmowania zgłoszeń:

- dokumenty rekrutacyjne należy pobrać z Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Żmigrodzie, wypełnić czytelnie, podpisać oraz dostarczyć osobiście lub mailowo na adres: opszmigrod@poczta.onet.pl, lub za pomocą poczty tradycyjnej, z dopiskiem: „opieka wytchnieniowa”, na adres: Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej Pl. Wojska Polskiego 5, 55-140 Żmigród, do 31.07.2019 r. ,

- zaświadczenia, oświadczenia, inne dokumenty należy składać w formie kserokopii/ skanu,

- w przypadku złożenia niekompletnej dokumentacji rekrutacyjnej (niewypełnione pola formularzy, brak podpisów), będzie istniała możliwość uzupełnienia braków w terminie wskazanym przez Realizatora. W przypadku nieuzupełnienia braków we wskazanym terminie zgłoszenie zostanie odrzucone na etapie oceny formalnej.

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

§ 6

Dane osobowe

1. Administratorem danych pozyskanych w celu rekrutacji i realizacji Programu jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Żmigrodzie.

2. Przystępując do udziału w Programie, uczestnik zobowiązany jest do zapoznania się z ogólną informacją o warunkach przetwarzania danych osobowych, złożoną wraz z deklaracją uczestnictwa w Programie.

3. Uczestnik Programu wyraża zgodę na użycie jego wizerunku – wykonywanie zdjęć podczas zajęć Programu i publikowanie ich w materiałach dotyczących Programu.

§ 7

1. Uczestnik Programu jest zobowiązany do stosowania się do niniejszego Regulaminu.

2. Realizator zastrzega sobie prawo zmiany niniejszego Regulaminu.

3. Wszelkie zmiany Regulaminu wymagają formy pisemnej i wchodzi w życie z dniem ich ogłoszenia.

4. Regulamin obowiązuje przez cały okres realizacji Programu.

5. Sprawy nie regulowane niniejszym Regulaminem są rozstrzygane przez Dyrektora Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Żmigrodzie.

6. Ostateczna interpretacja Regulaminu uczestnictwa w Programie należy do Realizatora.

7. Niniejszy Regulamin wchodzi w życie z dniem 18.07.2019 r.



Załącznik nr 1 do Regulaminu Programu
Opieka wytchnieniowa – edycja 2019

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROGRAMIE OPIEKA WYTCHNIENIOWA - EDYCJA 2019

Dane Podstawowe			
Imię:			
Nazwisko:			
Płeć:	<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Mężczyzna	
PESEL:			
Wiek w chwili przystąpienia do projektu:			
Data i miejsce urodzenia			
Miejscowość zamieszkania:		Kod pocztowy:	
Ulica		Nr budynku/lokal	
Województwo			
Powiat			
Gmina			
Tel. Kontaktowy			
Adres e-mail			
Osoba z niepełnosprawnościami:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji		
	Stopień / rodzaj niepełnosprawności- orzeczenie o stopniu niepełnosprawności/:	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Niepełnosprawność intelektualna <input type="checkbox"/> Niepełnosprawność sprzężona <input type="checkbox"/> Zaburzenia psychiczne <input type="checkbox"/> Niepełnosprawność ruchowa	

Choroby współistniejące	<input type="checkbox"/> TAK, jakie <input type="checkbox"/> NIE
Środki farmakologiczne regularnie podawane	<input type="checkbox"/> TAK, jakie <input type="checkbox"/> NIE
Występowanie nagłych ataków lub innego rodzaju dolegliwości	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Dotychczasowe postępowanie w razie ataku epilepsji, pobudzenia psychoruchowego lub innej dolegliwości

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis)



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że:

1. Dane zawarte w Deklaracji uczestnictwa są zgodne z prawdą.
2. Zostałem/am poinformowany/a, że **Program Opieka wytchnieniowa – edycja 2019** realizowany jest ze środków Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych, zwanego dalej „Funduszem Solidarnościowym”.

.....
(miejsowość, data)

.....
(czytelny podpis)

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU DOT. ADMINISTROWANIA DANYMI OSOBOWYMI

W związku z przystąpieniem do projektu **Program Opieka wytchnieniowa – edycja 2019** oświadczam, że **przyjmuję do wiadomości**, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Żmigrodzie.
2. Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000 ze zmianami).
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych.
4. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Programu.
5. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.....
(miejsowość, data)

.....
(czytelny podpis)



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



Załącznik nr 2 do Regulaminu Programu

Opieka wytchnieniowa – edycja 2019

KARTA ZGŁOSZENIA UCZESTNIKA PROGRAMU

Opieka wytchnieniowa – edycja 2019

realizowanego ze środków Solidarnościowego Funduszu Wsparcia

Osób Niepełnosprawnych, zwanego dalej „Funduszem Solidarnościowym”

realizowanego przez Gminny Ośrodek Pomocy w Żmigrodzie na podstawie umowy nr 15/OW/2019

zawartej pomiędzy Skarbem Państwa, a Gminą Żmigród

Imię i nazwisko uczestnika

Adres zamieszkania

Telefon kontaktowy

.....

Deklaruję uczestnictwo w Programie Opieka wytchnieniowa – edycja 2019 realizowanego ze środków Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych, zwanego dalej „Funduszem Solidarnościowym” realizowanego przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Żmigrodzie.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis)