

**UCHWAŁA NR XIV/164/VIII/2019  
RADY MIASTA TRZEBINI**

z dnia 31 października 2019 r.

**w sprawie: przyjęcia na rok 2020 lokalnego programu pomocy społecznej w postaci Lokalnego Programu Osłonowego dla Opiekunów Osób Niepełnosprawnych oraz Ich Podopiecznych**

Na podstawie art.18 ust.2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 506 z późn. zm.) oraz art.17 ust. 2 pkt 4, art. 110 ust. 10 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1507 z późn. zm.), na wniosek **Burmistrza Miasta Trzebini**

**Rada Miasta Trzebini  
uchwala, co następuje:**

**§ 1.**

Przyjmuje się do realizacji w 2020 roku program pomocy społecznej w postaci Lokalnego Programu Osłonowego dla Opiekunów Osób Niepełnosprawnych oraz Ich Podopiecznych mieszkających w Gminie Trzebinia w brzmieniu określonym w załączniku Nr 1 do uchwały.

**§ 2.**

Podwyższa się do 400% kwotę kryterium dochodowego, o którym mowa w art. 8 ust.1 pkt 1 i 2 ustawy o pomocy społecznej dla celów przyznania pomocy w formie zasiłku celowego w ramach realizacji niniejszego Programu.

**§ 3.**

Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Miasta Trzebini.

**§ 4.**

Uchwała wchodzi w życie z dniem 1.01.2020 r.



Przewodniczący Rady  
Miasta Trzebini

**Waldemar Wszolek**

## **Lokalny Program Osłonowy dla Opiekunów Osób Niepełnosprawnych oraz Ich Podopiecznych**

### **§ 1**

#### **PODSTAWA PRAWNA:**

art. 17 ust. 2 pkt 4, art. 110 ust.10 ustawy z dnia 12 marca  
2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1507 z późn. zm.).

### **§ 2**

#### **NAWIĄZANIE DO DOKUMENTÓW STRATEGICZNYCH:**

Lokalny Program Osłonowy dla Opiekunów Osób Niepełnosprawnych oraz Ich Podopiecznych jest  
zgodny z założeniami zawartymi w następującym dokumencie:

**STRATEGIA ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW SPOŁECZNYCH NA  
LATA 2014 – 2020, która zgodnie:**

1. z celem operacyjnym 3.1 zadanie 3.1.2 zakłada  
„Rozwój całodobowych i dziennych form wsparcia, w tym tzw. miejsc odciążeniowych”
2. z celem operacyjnym 4.1 zadanie 4.1.2 zakłada  
"Poszerzanie i rozwój usług na rzecz osób niepełnosprawnych i przewlekle chorych"

### **§ 3**

#### **CEL PROGRAMU:**

Wsparcie opiekunów osób niepełnosprawnych poprzez umożliwienie im czasowej pomocy w  
formie opieki wytchnieniowej, która polegać będzie na sfinansowaniu osobie niepełnosprawnej  
całodobowego pobytu w specjalistycznym ośrodku.

### **§ 4**

#### **ADRESACI PROGRAMU:**

opiekunowie osób niepełnosprawnych, oraz ich podopieczni będący mieszkańcami Gminy  
Trzebinia, którzy mają orzeczoney znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności (lub  
odpowiednie ) z powodu schorzeń neurologicznych.

### **§ 5**

#### **ZASADY REALIZACJI PROGRAMU OSŁONOWEGO**

1. Pomoc w formie sfinansowania kosztów pobytu będzie udzielona poprzez przyznanie  
zasiłku celowego, o którym mowa w ustawie o pomocy społecznej, po złożeniu wniosku,  
którego wzór stanowi **załącznik nr 1** do Programu i przeprowadzeniu wywiadu  
środowiskowego. Do wniosku należy dołączyć:
  - zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do pobytu w ośrodku , potwierdzające, że  
pacjent może być rehabilitowany oraz jest wydolny oddechowo i krążeniowo, ( **załącznik  
nr 2** )

- oświadczenie osoby niepełnosprawnej lub opiekuna określające poziom samodzielności uczestnika ( załącznik nr 3 )
  - oświadczenie opiekuna o sprawowaniu stałej i systematycznej opieki nad osobą niepełnosprawną wraz ze zobowiązaniem dowozu osoby chorej do ośrodka oraz z powrotem do miejsca zamieszkania( załącznik nr 4 )
  - informacje na temat aktualnie stosowanych leków i ich dawkowania.
2. Warunkiem objęcia pomocą w ramach programu, po dostarczeniu dokumentów wymienionych w par.5, pkt.1 jest:
    - a/ spełnienie kryterium dochodowego ustalonego do realizacji Programu t.j. 400% kryterium określonego w art. 8 ust.1, pkt 1 i 2 ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej ( t.j. Dz. U. z 2019 roku poz. 1507 z późn. zm.),
    - b/ posiadanie aktualnego orzeczenia o niepełnosprawność w stopniu znaczny lub umiarkowany (lub odpowiednie ) wynikająca ze schorzeń neurologicznych.
  3. Zasiłek celowy w ramach Programu jest przekazywany bezpośrednio na konto ośrodka, w którym będzie przebywała osoba niepełnosprawna.
  4. W sytuacji gdy dochód przekracza kryterium dochodowe ustalone do realizacji Programu pomoc w ramach programu osłonowego nie przysługuje.
  5. Pobyt w ośrodku finansowany w ramach Programu nie może być dłuższy niż 14 dni.
  6. Wyboru odpowiedniego, dostosowanego do schorzeń ośrodka pobytu dla osób niepełnosprawnych dokonuje Ośrodek Pomocy Społecznej w Trzebini.
  7. W ramach programu nie są pokrywane koszty dojazdu do ośrodka oraz powrotu do miejsca zamieszkania.

## § 6

### **WIELKOŚĆ ŚRODKÓW I ŹRÓDŁA FINANSOWANIA PROGRAMU OSŁONOWEGO:**

Źródłem finansowania programu są środki własne Gminy w wysokości 15 000,00 zł.

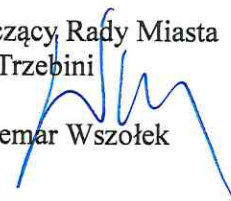
## § 7

### **OKRES REALIZACJI PROGRAMU:**

Program osłonowy będzie realizowany od stycznia do grudnia 2020 r, z zastrzeżeniem, że w przypadku wyczerpania środków finansowych przeznaczonych w budżecie na realizację programu, okres jego realizacji będzie krótszy.

Przewodniczący Rady Miasta  
Trzebini

Waldemar Wszótek



**Załącznik nr 1  
do Lokalnego Programu Osłonowego  
dla Opiekunów Osób Niepełnosprawnych  
oraz Ich Podopiecznych**

**WNIOSEK O SFINANSOWANIE CAŁODOBOWEGO POBYTU  
W SPECJALISTYCZNYM OŚRODKU**

**Imię i nazwisko** .....

**PESEL** .....

**Adres** .....

**Telefon kontaktowy** .....

**Telefon kontaktowy opiekuna** .....

Zwracam się z wnioskiem o sfinansowanie całodobowego pobytu w specjalistycznym ośrodku w ramach Lokalnego Programu Osłonowego dla Opiekunów Osób Niepełnosprawnych oraz Ich Podopiecznych, w okresie i terminie wskazanym przez Ośrodek Pomocy społecznej w Trzebini.

Oświadczam, że posiadam aktualne orzeczenie wynikające ze schorzeń neurologicznych (kserokopia orzeczenia w załączeniu):

**1. stopniu niepełnosprawności:**

- a) znacznym
- b) umiarkowanym
- c) lekkim

**2. o zaliczeniu do jednej z grup inwalidzkich:**

- a) I
- b) II
- c) III

\* Właściwe podkreślić

.....

Data

.....

Czytelny podpis wnioskodawcy  
lub opiekuna prawnego

Przewodniczący Rady Miasta Trzebini

Waldemar Wszółek

**Załącznik nr 2  
do Lokalnego Programu Oślonowego  
dla Opiekunów Osób Niepełnosprawnych  
oraz Ich Podopiecznych**

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

ADRES .....

**Zaświadcza się, że pacjent jest: ( tak/nie )**

Wydolny krążeniowo .....

Wydolny oddechowo .....

**Zaświadcza się, że pacjent: ( tak/nie )**

Może być rehabilitowany .....

Występują przeciwwskazania do pobytu ośrodka.....

.....

Miejscowość, data

.....

Pieczęć i podpis lekarza

Przewodniczący Rady Miasta Trzebini  
Waldemar Wszolek

Załącznik nr 3

do Lokalnego Programu Osłonowego  
dla Opiekunów Osób Niepełnosprawnych  
oraz Ich Podopiecznych

**OŚWIADCZENIE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ OKREŚLAJĄCE  
POZIOM SAMODZIELNOŚCI UCZESTNIKA**

**Dane personalne uczestnika:**

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Adres .....

**Określenie poziomu samodzielności uczestnika turnusu:**

( wypełnia Pacjent lub opiekun – wstawić znak X w odpowiednie pole )

L.p.	Czynności	Nie potrafi	Potrafi z pomocą	samodzielnie
1.	Spożywanie posiłków			
2.	Utrzymanie higieny osobistej			
3.	Mycie/kąpiel			
4.	Korzystanie z WC			
5.	Kontrolowanie potrzeb fizjologicznych			
6.	Ubieranie i rozbieranie się			

**Stopień aktywności ruchowej:**  wstaje z łóżka samodzielnie,  wstaje z łóżka tylko z pomocą,  
 całkowite unieruchomienie w łóżku

**Poruszanie się:**  samodzielnie,  o kulach/lasce,  o balkoniku,  na wózku,  nie potrafi

**Zaburzenia neuropsychiczne:**  bez zaburzeń,  łagodna demencja (zorientowany w miejscu i czasie),  ciężka demencja lub depresja

**Konieczność stosowania** (stosowne zakreślić lub dopisać):  okulary,  aparat słuchowy,  
 kule/laska,  balkonik,  wózek inwalidzki,  pampersy,  protezy,  
 inne.....

**Wywiad chorobowy:**

Przebyte i obecne choroby:.....

.....

Związane z tym obecnie problemy:

.....

Przyjmowane leki (zabrać kartę informacyjną od lekarza)

.....

.....

**Inne, ważne informacje:**

-dieta:  NIE ;  TAK jaka.....

-stwierdzone uczulenia:  NIE;  TAK, jakie.....

-istnienie odleżyn:  NIE ;  TAK, gdzie i jak silne .....

-nałogi:  NIE;  TAK, jakie.....

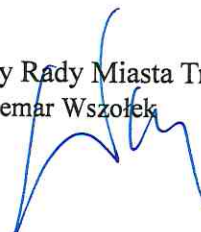
-przyzwyczajenia i nawyki: .....

-zainteresowania: .....

.....

Podpis uczestnika lub opiekuna prawnego

Przewodniczący Rady Miasta Trzebini  
Waldemar Wszolek



**Załącznik nr 4**  
**do Lokalnego Programu Oślonowego**  
**dla Opiekunów Osób Niepełnosprawnych**  
**oraz Ich Podopiecznych**

.....  
imię i nazwisko opiekuna

.....  
adres zamieszkania

.....  
telefon kontaktowy

**OŚWIADCZENIE**

1. Oświadczam, że sprawuję stałą i systematyczną opiekę nad:

..... zam. ....

2. Zobowiązuję się do dowozu w/w osoby do ośrodka całodobowego pobytu oraz z powrotem do miejsca zamieszkania po zakończeniu pobytu w ośrodku, w ramach Lokalnego Programu Oślonowego dla Opiekunów Osób Niepełnosprawnych oraz Ich Podopiecznych.

.....  
miejsowość, data

.....  
Czytelny podpis opiekuna

Przewodniczący Rady Miasta Trzebini  
Waldemar Wszolek