

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia

Przedmiotem zamówienia jest: świadczenie usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego, w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej tj. bezpośredniej opieki nad dzieckiem lub osobą dorosłą, których niepełnosprawność związana jest z szerokim spektrum problemów zdrowotnych prowadzących do znacznego ograniczenia samodzielności, zamieszkałą na terenie Gminy Ostrowiec Świętokrzyski realizowanych na podstawie Programu Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” - edycja 2021, realizowanego w ramach Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych przyjętego do realizacji Uchwałą Nr XLIV/24/2021 Rady Miasta Ostrowca Świętokrzyskiego z dnia 12 marca 2021 r. w sprawie realizacji przez Gminę Ostrowiec Świętokrzyski Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021. Usługi świadczone będą w okresie od **dnia podpisania umowy do dnia 31.12.2021r. w każdy dzień tygodnia, w tym święta, w godz: 7.00 – 22.00** w miejscu zamieszkania osób, którym usługa ta została przyznana.

Usługa opieki wytchnieniowej jest skierowana 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 ze znacznym stopniem niepełnosprawności** oraz **orzeczeniami równoważnymi**, zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r., o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, oraz podniesienia swoich umiejętności i wiedzy w tym zakresie. Opieka wytchnieniowa polega na czasowym odciążeniu od codziennych obowiązków łączących się ze sprawowaniem opieki, zapewnienie czasu na odpoczynek i regenerację.

1. Wymagany zakres usług w ramach przedmiotu zamówienia:

- 1) pomoc w dokonywaniu bieżących porządków w używanej przez osobę niepełnosprawną części mieszkania (w zakresie jednego pokoju i kuchni),
- 2) pomoc w utrzymaniu w czystości naczyń stołowych, kuchennych i innego sprzętu gospodarstwa domowego,
- 3) pomoc w przepierkach rzeczy osobistych i odzieży, pomoc w prasowaniu,
- 4) pomoc w organizowaniu prania bielizny pościelowej,

- 5) pomoc w przygotowaniu posiłku: śniadania, obiadu, kolacji,
- 6) sianie łóżka,
- 7) karmienie, czesanie, ubieranie, obcinanie paznokci,
- 8) pomoc przy myciu, kąpaniu,
- 9) zmiana bielizny pościelowej i osobistej,
- 10) układanie osoby niepełnosprawnej w łóżku, oklepywanie, zmiana pozycji,
- 11) podawanie basenu, kaczki,
- 12) zmiana pampersów,
- 13) zapobieganie powstawaniu odleżyn, nacieranie, oklepywanie,
- 14) zamawianie wizyt lekarskich, realizacja recept,
- 15) pomoc przy poruszaniu się po mieszkaniu,
- 16) podtrzymywanie kontaktów z otoczeniem, towarzyszenie w czasie spacerów lub/i w czasie nieobecności członka rodziny lub opiekuna osoby niepełnosprawnej,
- 17) pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych,
- 18) uzgadnianie i przestrzeganie terminów wizyt lekarskich, badań diagnostycznych,
- 19) pomoc w wykupowaniu lub zamawianiu leków,
- 20) dopilnowanie przyjmowania leków oraz obserwowanie ewentualnych skutków ubocznych ich stosowania,
- 21) w szczególnie uzasadnionych przypadkach zmiana opatrunków, pomoc w użyciu środków pomocniczych i materiałów medycznych, przedmiotów ortopedycznych, a także w utrzymaniu higieny,
- 22) pomoc w dotarciu do placówek służby zdrowia,
- 23) pomoc w dotarciu do placówek rehabilitacyjnych,
- 24) uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia, w tym zwłaszcza wspieranie, a także asystowanie w codziennych czynnościach życiowych, w szczególności takich jak: samoobsługa, dbałość o higienę i wygląd,
- 25) utrzymanie kontaktu z domownikami, rówieśnikami oraz ze społecznością lokalną,
- 26) wspólne organizowanie i spędzanie czasu wolnego, ułatwianie dostępu do edukacji i kultury,
- 27) ułatwianie dostępu do edukacji i kultury.

2. Obowiązki Wykonawcy:

I. Wykonawca zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji :

- 1) miesięcznych wypełnionych „Kart realizacji Programu” dla każdego pracownika,
- 2) jednolitych teczek osobowych każdego pracownika świadczącego usługę opieki wytchnieniowej, zawierających: kserokopie umowy zatrudnienia, szczegółowy zakres obowiązków, dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe pracownika, oświadczenia o zapoznaniu z zakresem obowiązków, oświadczenia o przeprowadzeniu instruktażu stanowiskowego,
- 3) teczek osobowych dla każdej osoby niepełnosprawnej, w których zawarte będą: szczegółowy zakres wsparcia świadczonej usługi opieki wytchnieniowej, „karta informacyjna osoby niepełnosprawnej”, pismo informujące wnioskodawcę o przyznaniu usługi opieki wytchnieniowej, o prawach i obowiązkach uczestnictwa w Programie oraz notatki służbowe sporządzane po każdej wizycie kontrolnej u osoby niepełnosprawnej,
- 4) rejestru wizyt kontrolnych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej,
- 5) informacji/oświadczeń o czasowym nieświadczeniu usług opieki wytchnieniowej,
- 6) protokołów z comiesięcznych zebrań z pracownikami, wraz z listą obecności osób uczestniczących w spotkaniach.
- 7) Wykonawca zobowiązany jest do przekazywania Zamawiającemu po zakończonym miesiącu, w terminie nie później niż do 2 - go dnia następnego miesiąca, wykazu ilości godzin usługi opieki wytchnieniowej świadczonych u osób niepełnosprawnych wraz z informacją o dniach nieświadczonych usług oraz przekazania miesięcznego harmonogramu pracy pracowników - opiekunów na miesiąc następny.
- 8) Zamawiający zastrzega sobie prawo kontrolowania Wykonawcy w przedmiocie spełnienia przez Wykonawcę warunków wymogu zatrudnienia osoby bezrobotnej, tj. wymogu klauzul społecznych, jakości, rzetelności, efektywności i stanu realizacji sposobu świadczenia usługi opieki wytchnieniowej oraz prawidłowości prowadzonej kontroli. W ramach kontroli Zamawiający może żądać od Wykonawcy niezbędnych informacji dotyczących realizacji przedmiotu zamówienia, jak i udostępnienia wszelkiej dokumentacji dotyczącej realizacji przedmiotu umowy.
- 9) Wykonawca zobowiązany jest do przechowywania wszelkiej dokumentacji

związanej z przedmiotem zamówienia przez okres 5 lat, licząc od początku roku następującego po roku, w którym wykonawca realizował Zadania ze środków Funduszu Solidarnościowego.

- 10) Usługa opieki wytchnieniowej musi być prowadzona z zachowaniem podmiotowości osób niepełnosprawnych oraz ich niezależności.

II. Wykonawca zobowiązany jest do zapewnienia ciągłości świadczonej usługi opieki wytchnieniowej:

- 1) w przypadkach nagłej absencji pracownika - opiekuna, Wykonawca niezwłocznie organizuje zastępstwo innego pracownika, jednocześnie informując (maksymalnie w ciągu 2 godzin) o tym fakcie członka rodziny lub opiekuna osoby niepełnosprawnej oraz Zamawiającego. Podczas przekazywania pracownikowi - opiekunowi „nowego środowiska”, ustnie przekazuje ustalony zakres wsparcia oraz istotne informacje niezbędne do świadczenia usługi,
- 2) niezwłocznie (w ciągu 2 godzin) musi poinformować Zamawiającego o wstrzymaniu usług u osoby niepełnosprawnej z powodu: hospitalizacji, zgonu lub innych powodów. W przypadku wstrzymania świadczenia usługi opieki wytchnieniowej, Wykonawca nie może żądać zapłaty za ten okres.

Wzór Karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021

I. Dane osoby niepełnosprawnej lub członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej (dot. specjalistycznego poradnictwa) :

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Telefon:

E-mail:

Informacje na temat ograniczeń osoby niepełnosprawnej w zakresie komunikowania się lub poruszania się:

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

II. Dane opiekuna prawnego osoby niepełnosprawnej (jeśli dotyczy):

Imię i nazwisko:

Telefon:.....

E-mail:.....

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

dzienna, miejsce..... *

całodobowa, miejsce *

specjalistyczne poradnictwo

w godzinach

w dniach

V. Oświadczenia:

1. Oświadczam, że posiadam ważne orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności/orzeczenie równoważne lub że dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności **

2. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021.

3. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” - edycja 2021 (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).

Miejscowość, data

.....
(Podpis osoby niepełnosprawnej/opiekuna prawnego lub członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług opieki wytchnieniowej

.....

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

*Należy wpisać miejsce wymienione w treści Programu „Opieka wytchnieniowa”- edycja 2021:

1) Świadczenie usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego w:

- a) miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej,
- b) ośrodka wsparcia prowadzonym jako zadanie własne samorządu,
- c) innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu lub jego opiekuna, które otrzyma pozytywną opinię gminy/powiatu realizującego Program.

2) Świadczenie usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu całodobowego w:

- a)** ośrodka wsparcia prowadzonym jako zadanie własne samorządu,
- b)** ośrodki/placówce zapewniającym całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym wpisaną do rejestru właściwego wojewody
- c)** miejscu wskazanym przez uczestnika Programu lub jego opiekuna, które otrzyma pozytywną opinię gminy/powiatu realizującego Program.

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

WZÓR KARTY INFORMACYJNEJ OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Data założenia:

Karta informacyjna osoby niepełnosprawnej

<p><u>Nazwisko i imię</u></p> <p>.....</p> <p><u>Tel:</u></p> <p>.....</p>	<p><u>Data urodzenia</u></p>	<p><u>Adres zamieszkania</u></p> <p>Ostrowiec Św.</p> <p>ul.</p>
<p><u>Dane opiekuna prawnego/faktycznego osoby niepełnosprawnej:</u></p> <p>córka:</p> <p>wnuk:</p> <p>siostra:</p>		
<p><u>Informacje na temat ograniczeń osoby niepełnosprawnej w zakresie komunikowania się lub poruszania (uzyskane na podstawie wypełnionej karty zgłoszenia do Programu):</u></p> <p>*</p>		
<p>Przychodnia rodzinna/specjalistyczna:</p>		
<p><u>Informacje uzyskane od lekarza/pielęgniarki wypełniających Kartę oceny stanu dziecka./osoby niepełnosprawnej wg zmodyfikowanej skali FIM (załącznik do Programu „Opieka wytchnieniowa”- edycja 2020</u></p> <p>1. Liczba punktów</p> <p>2. Nazwisko lekarza /pielęgniarki</p> <p>3. Nazwa przychodni</p>		
<p><u>Data rozpoczęcia usługi opieki wytchnieniowej:</u></p> <p>..... r.</p>	<p><u>Dzienny/tygodniowy wymiar usługi opieki wytchnieniowej:</u> godziny</p>	

.....
(imię i nazwisko opiekuna/członka rodziny)

ZAKRES WSPARCIA W RAMACH USŁUGI OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ

dla świadczeniobiorcy:

(imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej/dziecka niepełnosprawnego)

Usługi opiekuńcze świadczone w ramach opieki wytchnieniowej obejmują następujący zakres:

- 1) pomoc w dokonywaniu bieżących porządków w używanej przez osobę niepełnoprawną części mieszkania (w zakresie jednego pokoju i kuchni),
- 2) pomoc w utrzymaniu w czystości naczyń stołowych, kuchennych i innego sprzętu gospodarstwa domowego,
- 3) pomoc w przepierkach rzeczy osobistych i odzieży, pomoc w prasowaniu,
- 4) pomoc w organizowaniu prania bielizny pościelowej,
- 5) pomoc w przygotowaniu posiłku: śniadania, obiadu, kolacji,
- 6) sianie łóżka,
- 7) karmienie, czesanie, ubieranie, obcinanie paznokci,
- 8) pomoc przy myciu, kąpaniu,
- 9) zmiana bielizny pościelowej i osobistej,
- 10) układanie osoby niepełnosprawnej w łóżku, oklepywanie, zmiana pozycji,
- 11) podawanie basenu, kaczki,
- 12) zmiana pampersów,
- 13) zapobieganie powstawaniu odleżyn, nacieranie, oklepywanie,
- 14) zamawianie wizyt lekarskich, realizacja recept,
- 15) pomoc przy poruszaniu się po mieszkaniu,
- 16) podtrzymywanie kontaktów z otoczeniem, towarzyszenie w czasie spacerów lub/i w czasie nieobecności członka rodziny lub opiekuna osoby niepełnosprawnej,
- 17) pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych,
- 18) uzgadnianie i przestrzeganie terminów wizyt lekarskich, badań diagnostycznych,
- 19) pomoc w wykupowaniu lub zamawianiu leków,
- 20) dopilnowanie przyjmowania leków oraz obserwowanie ewentualnych skutków ubocznych ich stosowania,
- 21) w szczególnie uzasadnionych przypadkach zmiana opatrunków, pomoc w użyciu środków pomocniczych i materiałów medycznych, przedmiotów ortopedycznych, a także w utrzymaniu higieny,
- 22) pomoc w dotarciu do placówek służby zdrowia,
- 23) pomoc w dotarciu do placówek rehabilitacyjnych,

- 24)** uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia, w tym zwłaszcza wspieranie, a także asystowanie w codziennych czynnościach życiowych, w szczególności takich jak: samoobsługa, dbałość o higienę i wygląd,
- 25)** utrzymanie kontaktu z domownikami, rówieśnikami oraz ze społecznością lokalną,
- 26)** wspólne organizowanie i spędzanie czasu wolnego,
- 27)** ułatwianie dostępu do edukacji i kultury.

.....
Podpis pracownika

.....
(podpis osoby niepełnosprawnej/opiekuna

Wzór Karty realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021

1. Karta miesięcznego wykonania opieki wytchnieniowej Nr
2. Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej lub członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej objętej opieką wytchnieniową:
3. Adres:
.....
4. Imię i nazwisko osoby świadczącej opiekę wytchnieniową
.....
5. Rozliczenie wykonania opieki wytchnieniowej w okresie od do
6. Opieka wytchnieniowa przyznana w formie: dziennej, całodobowej, specjalistycznego poradnictwa*
7. Opieka wytchnieniowa przyznana w wymiarze:
.....
8. Miejsce realizacji usług opieki wytchnieniowej:
.....

Lp.	Data wykonywania opieki wytchnieniowej	Wykonano opiekę wytchnieniową od godz. ... do godz. ...	Liczba godzin wykonanej opieki wytchnieniowej	Podpis osoby objętej opieką wytchnieniową/członka rodziny/opiekuna
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				

26.				
27.				
28.				
29.				
30.				
31.				

9. Łączna liczba godzin wykonanej opieki wytchnieniowej w miesiącur., wynosi godzin.

.....

Data i podpis osoby świadczącej usługi

10. Potwierdzam zgodność karty realizacji Programu

.....

Data i podpis osoby reprezentującej realizatora usług

*Należy podkreślić realizowaną formę usług