**Załącznik nr 1**

do Zarządzenia nr 9/2024 Dyrektora DPS „Magnolia” w Głogowie

**Zasady funkcjonowania miejsc czasowego pobytu w Domu Pomocy Społecznej „Magnolia” w Głogowie 2024**

**§ 1**

Celem niniejszych Zasad jest w szczególności:

1. określenie zasad czasowego całodobowego pobytu osoby skierowanej do Domu   
   w ramach usługi opieki wytchnieniowej,
2. określenie praw i obowiązków osoby skierowanej w czasie jej pobytu w Domu,
3. ustalenie zakresu usług realizowanych przez Dom na rzecz osoby skierowanej,
4. ustalenie sposobu dokumentowania pobytu osoby skierowanej.

**§ 2**

Ilekroć w niniejszych Zasadach jest mowa o:

1. Domu – należy przez to rozumieć Dom Pomocy Społecznej „Magnolia” w Głogowie,
2. Dyrektorze – należy przez to rozumieć Dyrektora Domu Pomocy Społecznej „Magnolia”   
   w Głogowie,
3. usłudze – należy przez to rozumieć usługę opieki wytchnieniowej,
4. opiece wytchnieniowej – należy przez to rozumieć sprawowanie przez pracowników Domu całodobowego czasowego wsparcia w realizacji codziennych obowiązków nad osobą skierowaną lub zastępstwa w wykonywaniu tych obowiązków w celu odciążenia członków rodziny lub opiekunów takiej osoby, w tym także w sytuacji, gdy członkowie rodzin lub opiekunowie nie są w stanie wywiązywać się z tych obowiązków,
5. osoba skierowana – należy przez to rozumieć osobę, która w ramach realizacji usługi została zakwalifikowana do pobytu w Domu,
6. członek rodziny – należy przez to rozumieć rodziców, dzieci, rodzeństwo, wnuki, dziadków, teściów, macochę oraz ojczyma osoby skierowanej, a także osobę przysposobioną przez osobę skierowaną, osobę przysposabiającą osobę skierowaną, jak też inne osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą skierowaną.

**§ 3**

1. Usługa jest przeznaczona dla członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobami skierowanymi posiadającymi orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności w rozumieniu art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2024r., poz 44), którzy wymagają usług opieki wytchnieniowej.
2. Reguły określone w niniejszych Zasadach znajdują zastosowanie do osób skierowanych, którym przyznano prawo pobytu w Domu w ramach miejsca czasowego pobytu na podstawie odrębnych przepisów i aktów administracyjnych.

**§ 4.**

1. Usługa jest realizowana przez odpowiednio wykwalifikowany personel Domu (pracowników Domu) w zakresie całodobowych usług opiekuńczych i pielęgnacyjnych oraz usług wspomagających.
2. Usługa jest realizowana na terenie całego Domu, a w szczególności w wydzielonym na terenie Domu pomieszczeniach – trzech pokojach jednoosobowych znajdujących się segmentach, z których każdy wyposażony jest w łazienkę zlokalizowanych w budynku przy ulicy Neptuna 22-24 w Głogowie.
3. Osoba skierowana ma prawo do odwiedzin w pokoju wskazanym w ust. 2, w szczególności przez członka rodziny lub opiekuna, o których jest mowa w § 3 ust. 1 Zasad, z zastrzeżeniem, iż prawo do odwiedzin nie obejmuje noclegu.

**§ 5**

1. Zgłoszenia potrzeb usług opieki wytchnieniowej mogą być przyjęte osobiście, telefonicznie, drogą pisemną lub za pomocą poczty elektronicznej.   
   Zgłoszenia przyjmuje się w:

**Domu Pomocy społecznej „Magnolia” w Głogowie, ul. Neptuna 22-24, 67-200 Głogów**

**Email: sekretariat@dps.glogow.pl**

**Telefon: 076 833 88 09**

1. Powiat przyznaje usługi opieki wytchnieniowej w odniesieniu do osób z niepełnosprawnościami, członków ich rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad tymi osobami z niepełnosprawnościami, mieszkających na terenie powiatu głogowskiego.
2. Członek rodziny osoby z niepełnosprawnością lub opiekun osoby z niepełnosprawnością może korzystać z usług opieki wytchnieniowej na terenie innego powiatu niż powiat właściwy ze względu na jego miejsce zamieszkania i miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością, nad którą sprawuje bezpośrednią opiekę, jeżeli powiat właściwy ze względu na jego miejsce zamieszkania i miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością nie przystąpił do realizacji Programu lub jeżeli powiat właściwy ze względu na jego miejsce zamieszkania i miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością przystąpił do realizacji Programu ale wyczerpane zostały środki z Funduszu przyznane temu powiatowi na realizację Programu, pod warunkiem zawarcia porozumienia pomiędzy właściwymi jednostkami samorządu terytorialnego.
3. Dom Pomocy Społecznej „Magnolia” w Głogowie jest realizatorem Programu.

Po uzyskaniu informacji o umieszczeniu osoby skierowanej do Domu Dyrektor lub osoba go zastępująca powiadamia tę osobę lub członka jej rodziny bądź opiekuna wskazanych w § 3 ust. 1 Zasad o terminie przyjęcia do Domu. Dyrektor, lub osoba przez niego wyznaczona, obowiązana jest poinformować, w formie pisemnej ( lub innej ustalonej) członka rodziny lub opiekuna osoby z niepełnosprawnością, o przyznaniu usługi opieki wytchnieniowej oraz o przyznanej formie świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu całodobowego, o wymiarze przyznanej usługi opieki wytchnieniowej (liczba dni), a także o prawach i obowiązkach wynikających z przyznania usług opieki wytchnieniowej lub poinformować o odmowie jej przyznania wraz z uzasadnieniem.

1. W przypadku wystąpienia uzasadnionych okoliczności Realizator ma prawo odmówić przyjęcia osoby, pomimo spełnienia wymogów formalnych (np. ze względu na stan zdrowia osoby lub brak możliwości funkcjonowania na terenie otwartego Domu).
2. W razie wątpliwości, co do stanu zdrowia osoby skierowanej, pracownik socjalny ma prawo do wizyty patronażowej, przed przyjęciem, w miejscu zamieszkania osoby.
3. W przypadku wystąpienia zdarzeń losowych (np. śmierć członka rodziny/opiekuna osoby

niepełnosprawnej lub jego nagły pobyt w szpitalu) usługi opieki wytchnieniowej mogą

być przyznane bez Karty zgłoszenia do Programu. W takim przypadku dokument ten

powinien zostać uzupełniony niezwłocznie, w terminie nie dłuższym niż 3 dni robocze od

dnia wystąpienia tej sytuacji.

1. Realizator w pierwszej kolejności uwzględnia potrzeby członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, która stale przebywa w domu i nie korzysta np. z ośrodka wsparcia, z placówek pobytu całodobowego, ze środowiskowego domu samopomocy, z dziennego domu pomocy, z warsztatu terapii zajęciowej lub niezatrudnionych, uczących się lub studiujących.
2. Przyjęcie osoby skierowanej do Domu odbywa się w obecności Dyrektora oraz pracownika socjalnego lub osoby go zastępującej.
3. Po umieszczeniu osoby skierowanej w Domu pracownik socjalny lub osoba go zastępująca przeprowadza wywiad z osobą skierowaną lub z członkiem jej rodziny bądź też z opiekunem osoby skierowanej wymienionym w § 3 ust. 1 niniejszych Zasad. Wywiad ten obejmuje w szczególności poinformowanie o warunkach pobytu w Domu oraz o zakresie świadczonych usług, a także zapoznanie z przepisami wewnętrznymi Domu.
4. Dom nie wymaga przedłożenia Karty pomiaru niezależności funkcjonalnej FIM, jednakże w razie dysponowania taką Kartą przez osobę korzystającą lub osobę wymienioną w § 3 ust. 1 Zasad uwzględnia się dane w niej zawarte. Karta FIM stanowi załącznik nr 2 do niniejszych Zasad.
5. Z przeprowadzenia wywiadu, o którym mowa w ust. 3 sporządza się notatkę podpisywaną przez pracownika socjalnego lub osobę go zastępującą i Dyrektora Domu. Notatka jest również podpisywana przez osobę skierowaną lub też członka rodziny bądź opiekuna wymienionych w § 3 ust. 1 niniejszych Zasad.
6. Dyrektor Domu lub osoba go zastępująca informuje ośrodek pomocy społecznej właściwy do miejsca zamieszkania osoby uprawnionej o fakcie skorzystania z usługi.
7. Dla osoby korzystającej z usługi zakłada się teczkę osobową zawierającą w szczególności kserokopię: dokumentu potwierdzającego skierowanie, dokumentu potwierdzającego stopień niepełnosprawności osoby skierowanej oraz innych dokumentów zawierających informacje o stanie zdrowia tej osoby niezbędne dla prawidłowej realizacji usługi, a także notatkę, o której mowa w ust. 3 powyżej.   
   W razie przedłożenia Karty pomiaru niezależności funkcjonalnej jej kserokopię również umieszcza się w teczce osobowej.
8. Dokumentacja wskazana w ust. 6 powyżej podlega ochronie na zasadach przewidzianych   
   w Rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady UE nr 2016/679 z dnia 27 kwietnia 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 oraz w trybie przewidzianym przez wewnętrzne przepisy obowiązujące w Domu.

**§ 6**

1. Osoba skierowana ma prawo do korzystania z pełnej oferty usług Domu.
2. Rodzaj i zakres świadczonych przez Dom usług jest uzależniony od osobistej sytuacji osoby skierowanej, z uwzględnieniem stopnia i rodzaju niepełnosprawności oraz informacji zawartych w Karcie pomiaru niezależności funkcjonalnej, o której w § 5 ust. 6 Zasad.
3. Dom zapewnia osobie skierowanej w szczególności:
4. usługi bytowe w postaci miejsca zamieszkania, wyżywienia oraz utrzymywania czystości,
5. usługi opiekuńcze w postaci pomocy w podstawowych czynnościach życiowych,
6. usługi wspomagające w postaci organizacji Świąt, udziału w imprezach kulturalnych, edukacyjnych, dydaktycznych i turystycznych, swobody realizowania praktyk religijnych zgodnie z wyznaniem, w tym kontakt z kapłanem oraz udział w praktykach   
   i uroczystościach religijnych, a także bezpiecznego przechowywania środków pieniężnych i przedmiotów wartościowych (na zasadach określonych w odrębnych przepisach Domu), jak również osobistego kontaktu z Dyrektorem Domu lub pracownikiem socjalnym.
7. Osoba skierowana ma prawo do składania skarg i wniosków do Dyrektora Domu lub osoby go zastępującej.
8. Osoba skierowana w swoim zakresie zabezpiecza leki, środki opatrunkowe oraz środki pomocnicze niezbędne ze względu na stan zdrowia.
9. Opieka medyczna dla osoby skierowanej świadczona jest przez wskazanego przez tę osobę lub osobę wymienioną w § 3 ust. 1 lekarza POZ. W sytuacjach nagłych i wobec braku możliwości nawiązania kontaktu z lekarzem POZ, opieka medyczna jest realizowana przez lekarza wskazanego przez Dyrektora Domu lub osobę go zastępującą.

**§ 7**

1. Osoba skierowana ma prawo do korzystania z wyżywienia na tożsamych zasadach jak mieszkańcy Domu.
2. Posiłki wydawane są w następujących godzinach:
3. śniadanie: od godziny 8.00 do godziny 9.00,
4. obiad: od godziny 13.00 do godziny 14.00,
5. podwieczorek: 15.30,
6. kolacja: od godziny 17.00 do godziny 18.00.
7. W uzasadnionych przypadkach, w szczególności ze względu na stan zdrowia oraz potrzeby żywieniowe osoba skierowana ma prawo dodatkowego posiłku.
8. W zależności od stanu zdrowia osoby skierowanej ma ona prawo do posiłku dietetycznego. Przygotowanie i podawanie tego rodzaju posiłków odbywa się zgodnie ze wskazaniami lekarza lub dietetyka.
9. Osoba skierowana może spożywać posiłki w pokoju mieszkalnym, przy czym nie zmienia to godzin wydawania posiłków określonych w § 7 ust. 2 Zasad. O zamiarze spożywania posiłków w pokoju mieszkalnym osoba skierowana zobowiązana jest poinformować pracownika socjalnego lub osobę go zastępującą co najmniej z jednodniowym wyprzedzeniem.
10. W razie potrzeby i w zależności od stanu zdrowia oraz wskazań lekarza, osoba skierowana może być karmiona.

**§ 8**

1. Osobie skierowanej zapewnia się pomoc w utrzymywaniu higieny osobistej.
2. W przypadku, gdy osoba skierowana nie jest w stanie zagwarantować sobie środków czystości i jednocześnie brak jest możliwości uzyskania tych środków od osoby wskazanej w § 3 ust. 1 Zasad, Dom zapewnia w zależności od potrzeb w szczególności: mydło, szampon do włosów, pastę do zębów i szczoteczkę do zębów oraz środki piorące.

**§ 9**

1. Osoba skierowana zobowiązana jest do przestrzegania wszystkich przepisów wewnętrznych obowiązujących w Domu, w tym przepisów dotyczących sposobu korzystania z obiektów znajdujących się na terenie Domu, ochrony mienia Domu oraz wzajemnych relacji z mieszkańcami Domu. Powyższe dotyczy w szczególności pomieszczenia, o którym mowa w § 4 ust. 2 Zasad.
2. Osoba skierowana zobowiązana jest do przestrzegania zasad współżycia społecznego   
   w kontaktach w mieszkańcami Domu oraz personelem Domu.
3. Osoba skierowana ma bezwzględny obowiązek stosowania się do reżimu sanitarnego obowiązującego na terenie Domu z uwzględnieniem jej stanu zdrowia.

**§ 10**

W sprawach nieuregulowanych w niniejszych Zasadach zastosowanie mają przepisy:

1. ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Solidarnościowym Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2024r. poz. 296),
2. ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. 2023 poz 901 ze zm.),
3. rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. 2018 poz. 734 z późn. zmianami),
4. regulaminu organizacyjnego Domu.

*Załącznik nr 1 do**zasad funkcjonowania miejsc czasowego pobytu w ramach „Opieki wytchnieniowej” – całodobowej edycja 2024 w Domu Pomocy Społecznej „Magnolia” w Glogowie – karta zgłoszenia*

**Karta zgłoszenia do Programu** **„Opieka wytchnieniowa” – edycja 2024**

1. **Dane osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej (członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością):**

Imię i nazwisko: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania: ……………………………………..……………………………………………………………………………………………………………….

Telefon: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

E-mail: ………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………

1. **Dane dotyczące osoby z niepełnosprawnością, w związku z opieką nad którą, członek rodziny/opiekun ubiega się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej**:

Imię i nazwisko: …………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………

Data urodzenia: ………………………………………….………………………………………………………………………………………………………….

Adres zamieszkania: ……………………………………..………………………………………………………………………………………………………..

Rodzaj niepełnosprawności:

1. dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowo – rdzeniowa);
2. dysfunkcja narządu wzroku;
3. zaburzenia psychiczne;
4. dysfunkcje o podłożu neurologicznym;
5. dysfunkcja narządu mowy i słuchu;
6. pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne.

W jakich czynnościach w szczególności wymagane jest wsparcie:

1. czynności samoobsługowe, w tym utrzymanie higieny osobistej **Tak/Nie**;
2. prowadzenie gospodarstwa domowego i wypełnianie ról w rodzinie **Tak/Nie**;
3. przemieszczanie się poza miejscem zamieszkania **Tak/Nie**;
4. podejmowanie aktywności życiowej i komunikowanie się z otoczeniem **Tak/Nie**.

Informacje na temat ograniczeń osoby z niepełnosprawnością w zakresie komunikowania się lub poruszania się (wypełnia opiekun prawny/członek rodziny/opiekun osoby niepełnosprawnej, który ubiega się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej):

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

~~dzienna, miejsce wraz z adresem~~

~~……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...\*~~

całodobowa, miejsce wraz z adresem ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…..\*

w godzinach …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…….…..

w dniach …………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**~~III. Wskazanie osoby, która będzie świadczyła usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego~~**

~~Czy wskazuje Pan(i) osobę niebędącą członkiem rodziny osoby z niepełnosprawnością, opiekunem osoby z niepełnosprawnością lub osobą faktycznie zamieszkującą razem z osobą z niepełnosprawnością, która będzie świadczyła, za uprzednią zgodą gminy/powiatu, w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością albo innym miejscu wskazanym przez Pana(ią) lub realizatora Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, usług opieki wytchnieniowej?~~

**~~Tak  / Nie~~**

~~Jeżeli~~ **~~Tak~~**~~, proszę podać imię i nazwisko tej osoby: ………………………………………………………………………………………….…………..………~~

**IV. Oświadczenia:**

1. Oświadczam, że osoba z niepełnosprawnością w związku z opieką nad którą, ubiegam się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej posiada ważne orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności/orzeczenie traktowane na równi do orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2023 r. poz. 100, z późn. zm.)/ jest dzieckiem do ukończenia 16. roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności\*\*.
2. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług opieki wytchnieniowej oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowania przez gminę/powiat, która/który realizuje Program „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, świadczonych usług opieki wytchnieniowej. Czynności o których mowa wyżej dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług.
3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.
4. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.
5. Oświadczam, że w godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego nie będą świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 901, z późn. zm.), inne usługi finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie do usług opieki wytchnieniowej finansowane ze środków publicznych.
6. Oświadczam, że aktualnie uczestniczę/nie uczestniczę\*\*\* bądź uczestniczyłem/ nie uczestniczyłem\*\*\* w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 lub innym programie resortowym Ministra Rodziny i Polityki Społecznej w 2024 r. w zakresie usług opieki wytchnieniowej, w tym w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024. W ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 i/lub innego programu resortowego Ministra Rodziny i Polityki Społecznej w 2024 r. w zakresie usług opieki wytchnieniowej, w tym w Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024 przyznano mi ……......................... *(wpisać liczbę godzin/dni)* godzin/dni opieki wytchnieniowej.
7. W przypadku wskazania w dziale III niniejszej Karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 osoby, która będzie świadczyła usług opieki wytchnieniowej oświadczam, że osoba ta przygotowana jest do świadczenia usług opieki wytchniniowej.

Miejscowość ………………………………., data ……………………………

..……………………………………………………………………………………..

*Podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością*

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług opieki wytchnieniowej

………………………………………………………..

*Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie*

\* Należy wpisać miejsce wymienione w treści Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024:

1. świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego:
2. za uprzednią zgodą gminy/powiatu, miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
3. ośrodek wsparcia,
4. dom pomocy społecznej świadczący usługi wsparcia krótkoterminowego w formie dziennej,
5. dom pomocy społecznej prowadzony przez podmioty niepubliczne, o których mowa w art. 57 ust. 1 pkt 2-4 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. 2023, poz. 901 z późn. zm.),
6. w przypadku braku możliwości realizacji opieki wytchnieniowej w miejscach, o których mowa w lit. b-d, istnieje możliwość zrealizowania opieki wytchnieniowej w centrum opiekuńczo-mieszkalnym (COM), w przypadku posiadania wolnych miejsc,
7. za uprzednią zgodą gminy/powiatu, inne miejsce wskazane przez uczestnika Programu lub realizatora Programu, spełniające kryteria dostępności, o których mowa w ustawie z dnia z 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2022 r. poz. 2240);
8. świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu całodobowego:
9. za uprzednią zgodą gminy/powiatu, miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
10. mieszkanie treningowe lub wspomagane (z wyłączeniem dzieci do ukończenia 16. roku życia posiadających orzeczenie o niepełnosprawności),
11. ośrodek wsparcia,
12. rodzinny domu pomocy,
13. dom pomocy społecznej świadczący usługi wsparcia krótkoterminowego w formie pobytu całodobowego,
14. dom pomocy społecznej prowadzony przez podmioty niepubliczne, o których mowa w art. 57 ust. 1 pkt 2-4 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,
15. w placówka zapewniająca całodobową opiekę, o której mowa w ustawie z dnia z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,
16. w przypadku braku możliwości realizacji opieki wytchnieniowej w miejscach, o których mowa w lit. b-g, istnieje możliwość zrealizowania opieki wytchnieniowej w centrum opiekuńczo-mieszkalnym (COM), w przypadku posiadania wolnych miejsc,
17. za uprzednią zgodą gminy/powiatu, inne miejsce wskazane przez uczestnika Programu lub realizatora Programu, spełniające kryteria dostępności, o których mowa w ustawie z dnia z 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2022 r. poz. 2240).

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

\*\*\* odpowiednie skreślić.

*Uwagi Realizatora* .………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..