Załącznik nr 2 do SWZ

**UMOWA NR - wzór**

zawarta w dniu ………………………

pomiędzy :

Gminą Skarżysko – Kamienna, ul. Sikorskiego 18, 26-110 Skarżysko- Kamienna, NIP 663 00 08 207, Regon 291009870 reprezentowaną przez:

**Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w** **Skarżysku – Kamiennej ul. Sikorskiego 19** - ***Panią Marzannę Łasek***

zwaną dalej **Zamawiającym**

a

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

reprezentowanym/ą przez

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

zwanym/ą w dalszej części **Wykonawcą**

**§ 1**

1. Niniejsza umowa została zawarta w wyniku wyboru oferty Wykonawcy złożonej w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym na podstawie art. 275 pkt 1 w myśl art. 359 ustawy PZP z dnia 11 września 2019 r. (Dz. U. z 2021 poz.1129).
2. Przedmiotem umowy jest świadczenie usług opieki wytchnieniowej opisanych w Ogłoszeniu o zamówieniu pn.: „Świadczenie usługi opieki wytchnieniowej na rzecz uprawnionych mieszkańców Skarżyska – Kamiennejw ramach Programu „Opieka Wytchnieniowa” – edycja 2022 – Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Skarżysku-Kamiennej”. Numer postępowania PS.I.271.3.2022
3. Odbiorcą usługi jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Skarżysku-Kamiennej ul. Sikorskiego 19, 26-110 Skarżysko-Kamienna.
4. Zamówienie jest finansowane ze środków pochodzących z Funduszu Solidarnościowego przyznanych w ramach Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2022.

**§ 2**

1. Zamawiający zleca w wyniku ogłoszonego w dniu 25.01.2022 r. postępowania na udzielenie zamówienia na usługi społeczne, a Wykonawca przyjmuje na siebie świadczenie usług opieki wytchnieniowej w formie pobytu dziennego, 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 Skarżysko-Kamienna, w miejscu zamieszkania dziecka niepełnosprawnego lub osoby niepełnosprawnej. Usługa opieki wytchnieniowej realizowana jest na podstawie Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa – edycja 2022” (zwanego dalej „Programem”).
2. Usługi opieki wytchnieniowej zostaną wykonane zgodnie z zapisami niniejszej umowy, SWZ, w szczególności zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia oraz ofertą Wykonawcy.
3. Usługi świadczone będą od dnia podpisania umowy do dnia 31.12.2022r. Usługi mogą być świadczone w każdy dzień tygodnia, w tym w święta, w zależności od potrzeb uczestników w godz.: 6.00 – 22.00 w miejscu zamieszkania osób, którym usługa ta została przyznana na podstawie złożonej „Karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa" – edycja 2022 zwanej „Kartą zgłoszenia” (załącznik nr 1 do umowy) oraz spełnieniających warunki uczestnictwa.
4. Usługa opieki wytchnieniowej jest skierowana do członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad:

a) dziećmi z orzeczeniem o niepełnosprawności,

b) osobami ze znacznym stopniem niepełnosprawności oraz orzeczeniami równoważnymi.

5. W godzinach realizacji usługi opieki wytchnieniowej nie mogą być świadczone inne formy pomocy usługowej, w tym: usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2021 poz. 2268 ze zm.), usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub z innych źródeł, w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej.

6. Wykaz osób, które będą realizować umowę stanowi załącznik do niniejszej umowy. Zmiana osoby na liście załączonej przez Wykonawcę do oferty jest możliwa jedynie w przypadkach losowych niezależnych od Wykonawcy, np. śmierć, choroba. Na zmianę opiekuna wymagana jest wcześniejsza zgoda Zamawiającego. Osoba ta powinna posiadać co najmniej kwalifikacje i doświadczenie takie samo jak osoba zastępowana.

**§ 3**

Strony ustalają, że usługi opieki wytchnieniowej, obejmują swym zakresem poniższe usługi:

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) słanie 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.

**§ 4**

1. Usługa opieki wytchnieniowej przyznawana będzie na podstawie złożonej „Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa" – edycja 2022” (załącznik nr 1 do Umowy) określającej dane osoby niepełnosprawnej lub członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej, dane opiekuna prawnego osoby niepełnosprawnej (jeśli dotyczy), preferowanej formy, wymiaru i miejsca świadczenia usług opieki wytchnieniowej wraz z „Kartąpomiaru niezależności funkcjonalnej wg zmodyfikowanych kryteriów oceny – Skali FIM wraz z dodatkową informacją do wzoru karty pomiaru niezależności funkcjonalnej według zmodyfikowanych kryteriów oceny”(załącznik nr 5 do Umowy), kserokopii orzeczenia o niepełnosprawności, oświadczeń z klauzulą informacyjną oraz po dokonaniu przeprowadzonej analizy sytuacji rodzinnej.

2. Zamawiający niezwłocznie będzie przekazywać Wykonawcy jeden egzemplarz „Karty Informacyjnej Osoby Niepełnosprawnej (Załącznik Nr 2 do umowy) której dotyczy usługa zawierającej wszystkie niezbędne dane o sytuacji osobistej, rodzinnej, zdrowotnej osoby niepełnosprawnej, w celu właściwego świadczenia usług, a Wykonawca zobowiązany będzie wykonać przedmiot umowy zgodnie z ustalonym zakresem i wymiarem. Ponadto Zamawiający przekaże zakres wsparcia usługi opieki wytchnieniowej, ustalony z uwzględnieniem konkretnych potrzeb świadczeniobiorcy oraz osoby/dziecka niepełnosprawnego (Załącznik Nr 3 do umowy). W przypadku zmiany zakresu wsparcia ustalonego z członkiem rodziny lub opiekunem osoby niepełnosprawnej, Zamawiający niezwłocznie przekazuje telefonicznie bądź w inny sposób aktualny zakres.

3. W przypadkach nie cierpiących zwłoki Wykonawca może świadczyć usługę opieki wytchnieniowej jeszcze przed otrzymaniem „Karty zgłoszenia” o której mowa w ust. 1, po uprzednim uzgodnieniu tej możliwości z MOPS, telefonicznie (nr tel.: 41 25-29-143), bądź w inny sposób.

4. Zmiana ilości godzin świadczonych przez Wykonawcę usług może następować w uzasadnionych przypadkach, na pisemną prośbę podopiecznego lub na wniosek pracownika socjalnego, co potwierdzi stosowne pismo MOPS.

5. Biuro Wykonawcy znajduje się w …………………. przy ul. …………….……. nr tel.: …………. e-mail: …………….

**§ 5**

1. Wykonawca zobowiązany jest do przekazywania Zamawiającemu po zakończonym miesiącu, w terminie nie później niż do 3 - go dnia następnego miesiąca, zbiorczego miesięcznego wykazu ilości godzin usługi opieki wytchnieniowej świadczonych u osób niepełnosprawnych wraz z informacją o dniach nieświadczonych usług, kserokopię kart rozliczenia usług opieki wytchnieniowej (Załącznik nr 4 do umowy) poświadczonych za zgodność z oryginałem oraz przekazania miesięcznego harmonogramu pracy opiekunów na miesiąc następny.

2. Na żądanie Zamawiającego Wykonawca zobowiązany jest przedstawić do wglądu „Karty realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa" – edycja 2022” (Załącznik Nr 4 do umowy) za wskazany miesiąc, w którym świadczono usługi, w terminie 2 dni od dnia otrzymania wezwania do przedstawienia w/w kart.

**§ 6**

1. Zamawiający przewiduje do wykonania **10 800** godzin usługi opieki wytchnieniowej (z zastrzeżeniem, że maksymalna ilość godzin przypadająca na jednego uczestnika wynosi 240 godzin w ciągu roku) w tym:

a) planowana liczba godzin usług opieki wytchnieniowej w formie pobytu dziennego, które będą

świadczone dzieciom z orzeczeniem o niepełnosprawności – 6 000,

b) planowana liczba godzin usług opieki wytchnieniowej w formie pobytu dziennego, które będą

świadczone osobom o znacznym stopniu niepełnosprawności – 4800.

2. O zmianach ilości godzin przyznanych usług, ich zakresu oraz o zwiększeniu lub zmniejszeniu ilości świadczeniobiorców - Zamawiający będzie niezwłocznie informował Wykonawcę, który będzie zobowiązany uwzględnić to w swoich działaniach.

3. Zamawiający zastrzega sobie możliwość przesunięć ilościowych godzin usług między grupami osób niepełnosprawnych, o których mowa w ust. 1, w przypadku zaistnienia takich potrzeb, pod warunkiem, iż przesunięcia te nie przekroczą maksymalnej kwoty wynagrodzenia Zleceniobiorcy. 4. Zamawiający zastrzega sobie prawo do ograniczenia zakresu zamówienia do rzeczywistych potrzeb uprawnionych mieszkańców gminy Skarżysko-Kamienna.

**§ 7**

1. Strony ustalają wynagrodzenia Wykonawcy za realizację 1 godziny usług opieki wytchnieniowej objętej przedmiotem umowy: ……….. zł netto (słownie: ………………….. złotych 00/100) z VAT (zwolniony), brutto …………… zł (słownie: ……………………. złotych 00/100).

2. Strony ustalają, że całkowite wynagrodzenie Wykonawcy za wykonanie przedmiotu umowy nie przekroczy kwoty netto: ………………….. zł (słownie: ……………………. złotych 00/100) z VAT (zwolniony), brutto: …………………… zł (słownie: ……………………. złotych 0/100), z zastrzeżeniem ust. 3.

3. Zamawiający nie dopuszcza możliwości zmiany wynagrodzenia Wykonawcy, o którym mowa w ust. 1 i 2 w okresie realizacji umowy, za wyjątkiem ustawowej zmiany podatku VAT oraz w przypadku zmniejszenia ilości godzin usług wskazanych w ogłoszeniu i umowie z przyczyn niezależnych od Zamawiającego. W przypadku zmniejszenia ilości godzin zmiana umowy, w tym w zakresie całkowitego wynagrodzenia zostanie wprowadzona stosownym aneksem.

**§ 8**

1. Płatność na rzecz Wykonawcy będzie dokonywana przez Zamawiającego miesięcznie, przelewem na konto ………………………………….., w terminie 14 dni od otrzymania faktury, pod rygorem odsetek ustawowych, z zastrzeżeniem § 10 ust. 3.
2. Faktury, oprócz elementów określonych w ustawie o podatku od towarów i usług (art. 106e ust1 ) powinny zawierać dane identyfikacyjne nabywcy wg wzoru:

**Nabywca: Gmina Skarżysko-Kamienna, 26-110 Skarżysko-Kamienna ul. Sikorskiego 18 NIP: 663-000-82-07.**

**Odbiorca (płatnik): Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej 26-110 Skarżysko-Kamienna ul. Sikorskiego 19.**

**§ 9**

1. Zamawiający zastrzega sobie prawo kontrolowania Wykonawcy w przedmiocie:

a) jakości, rzetelności, efektywności realizacji zadania,

b) stanu realizacji zadania,

c) prawidłowości prowadzonej dokumentacji dotyczącej realizacji zadania.

2. W ramach kontroli, o której mowa w ust. 1, Zamawiający może żądać od Wykonawcy niezbędnych informacji celem jej wykonania.

3. Wykonawca ma obowiązek założenia i prowadzenia dla każdego świadczeniobiorcy korzystającego z usług opieki wytchnieniowej dokumentacji zawierającej:

a) Kartę informacyjną osoby niepełnosprawnej, zawierającą wszystkie niezbędne dane o sytuacji osobistej, rodzinnej, zdrowotnej osoby niepełnosprawnej, w celu właściwego świadczenia usług.

b) Zakres wsparcia usługi opieki wytchnieniowej, z uwzględnieniem konkretnych potrzeb świadczeniobiorcy oraz osoby/dziecka niepełnosprawnego.

c) Informacje o wynikach kontroli dotyczących prawidłowości i jakości świadczonych usług, przeprowadzonych przez MOPS lub z ramienia samego Wykonawcy.

4. 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 zadanie ze środków Funduszu Solidarnościowego.

**§ 10**

1. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania niniejszej umowy Zamawiający ma prawo naliczyć Wykonawcy kary umowne.

2. Wykonawca zapłaci karę umowną w przypadku:

a) zrealizowania usługi niezgodnie z zamówieniem pod względem jakościowym w wysokości 0,1% łącznego wynagrodzenia brutto określonego w § 7 ust. 2, za każdy stwierdzony przypadek,

b) z tytułu odstąpienia od umowy przez Zamawiającego z powodu okoliczności, o których mowa w § 16 ust. 2 lub rozwiązania umowy z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy (niezależnych od Zamawiającego), w wysokości 10 % łącznego wynagrodzenia brutto określonego w § 7 ust. 2,

c) w przypadku odstąpienia od umowy przez Wykonawcę z przyczyn niezależnych od Zamawiającego, w wysokości 10 % łącznego wynagrodzenia brutto określonego w § 7 ust. 2.

3. W przypadku, gdy szkoda przekraczać będzie wartość zastrzeżonej kary umownej, Zamawiający ma prawo dochodzenia odszkodowania uzupełniającego na zasadach ogólnych.

4. Naliczenie przez Zamawiającego kary umownej następuje przez sporządzenie noty księgowej wraz z pisemnym uzasadnieniem. Wykonawca zobowiązany jest w terminie 5 dni od daty otrzymania w/w dokumentów do zapłaty naliczonej kary umownej. Brak zapłaty w powyższym terminie uprawnia Zamawiającego do potrącenia kary umownej z wynagrodzenia Wykonawcy lub innych wierzytelności przysługujących Wykonawcy w stosunku do Zamawiającego.

5. Naliczenie przez Zamawiającego bądź zapłata przez Wykonawcę kary umownej nie zwalnia Wykonawcy ze zobowiązań wynikających z niniejszej umowy.

6. Wykonawca upoważnia Zamawiającego do potrącenia kar umownych i innych wierzytelności przysługujących Zamawiającemu wobec Wykonawcy, z wynagrodzenia umownego.

7. Łączna wysokość kar umownych nie może przekraczać 30% łącznego wynagrodzenia brutto określonego w § 7 ust. 2.

8. W przypadku niezatrudnienia na podstawie umowy o pracę przez Wykonawcę przy realizacji zamówienia osoby bezrobotnej, przez okres realizacji umowy, w terminach określonych w § 12, Wykonawca będzie zobowiązany do zapłacenia Zamawiającemu kary umownej w wysokości iloczynu kwoty minimalnego wynagrodzenia ustalonego dla pracowników zgodnie z obowiązującymi przepisami z uwzględnieniem wysokości etatu jaki został wskazany przez Wykonawcę w ofercie oraz liczby miesięcy w okresie realizacji zamówienia, w czasie których w/w obowiązek nie był realizowany, chyba, że Wykonawca wykaże, że przedstawił zgłoszenie ofert pracy powiatowemu urzędowi pracy albo odpowiedniemu organowi zajmującemu się realizacją zadań z zakresu rynku pracy w państwie, w którym ten Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania, a niezatrudnienie osób bezrobotnych nastąpiło z przyczyn niezależnych po jego stronie. Za przyczynę nieleżącą po stronie Wykonawcy będzie uznany w szczególności brak na obszarze, w którym jest realizowane zamówienie i w okresie jego realizacji, osób bezrobotnych zdolnych do wykonania zamówienia lub odmowy podjęcia pracy przez taką osobę bezrobotną.

**§ 11**

Umowa zostaje zawarta na okres…………………………………………..

**§ 12**

1. Zamawiający wymaga zatrudnienia na podstawie umowy o pracę przez Wykonawcę osób skierowanych do świadczenia usługi tj. opiekunów i koordynatora.

2. Każdorazowo na żądanie Zamawiającego, w terminie nie dłuższym niż 3 dni robocze, Wykonawca zobowiązuje się w celu weryfikacji zatrudnienia przedłożyć Zamawiającemu do wglądu poświadczone za zgodność z oryginałem kopie umów o prace zawartych przez Wykonawcę z pracownikami świadczącymi usługi, zawierającymi imię i nazwisko zatrudnionego pracownika, datę zawarcia umowy o pracę, rodzaj umowy oraz zakres obowiązków pracownika.

3. Nieprzedłożenie przez Wykonawcę kopii umów zawartych przez Wykonawcę z pracownikami świadczącymi usługi, w terminie wskazanym przez Zamawiającego zgodnie z ust. 2 będzie traktowane jako niewypełnienie obowiązku zatrudnienia pracowników świadczących usługi na podstawie umowy o pracę.

4. Za niedopełnienie wymogu zatrudnienia pracowników świadczących usługi na podstawie umowy o pracę w rozumieniu przepisów Kodeksu Pracy, Wykonawca zapłaci Zamawiającemu kary umowne, w wysokości kwoty minimalnego wynagrodzenia za pracę, ustalonego na podstawie przepisów o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (obowiązujących w chwili stwierdzenia przez Zamawiającego niedopełnienia przez Wykonawcę wymogu zatrudnienia pracowników świadczących usługi na podstawie umowy o pracę w rozumieniu przepisów Kodeksu pracy) oraz liczby miesięcy w okresie realizacji umowy, w których nie dopełniono przedmiotowego wymogu. 5. W przypadku dwukrotnego nie wywiązania się z obowiązku zatrudnienia na podstawie umowy o pracę lub zmiany sposobu zatrudnienia osób wskazanych w ofercie, Zamawiający ma prawo od umowy odstąpić i naliczyć dodatkowo kary umowne wskazane w umowie, jak za odstąpienie od umowy z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy.

6. W uzasadnionych przypadkach, z przyczyn nieleżących po stronie Wykonawcy, możliwe jest zastąpienie osoby lub osób, o których mowa w ustępach poprzedzających innymi osobami pod warunkiem, że spełnione zostaną wszystkie powyższe wymagania co do sposobu zatrudnienia na okres realizacji przedmiotu umowy. W przypadku zmiany osób skierowanych do wykonywania przedmiotu umowy przez Wykonawcę lub Podwykonawcę zatrudnionych na podstawie umowy o pracę w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy, Wykonawca jest zobowiązany każdorazowo przygotować wykaz zmian obejmujących nowozatrudnione osoby i przekazać go Zamawiającemu, w terminie 5 dni od zaistnienia zmiany. Zmiana wykazu następuje poprzez złożenie przez Wykonawcę nowego wykazu zawierającego aktualne dane.

7. Zamawiający zastrzega sobie prawo przeprowadzenia kontroli na miejscu wykonywania zamówienia, w celu weryfikacji wykonywania przez Wykonawcę lub Podwykonawcę obowiązków wskazanych w niniejszym paragrafie. Wykonawca zobowiązany jest umożliwić Zamawiającemu przeprowadzenie takiej kontroli, w tym udzielić niezbędnych wyjaśnień, informacji oraz przedstawić dokumenty pozwalające na sprawdzenie realizacji przez Wykonawcę tych obowiązków.

8. Niezależnie od obowiązku zapłaty kar umownych, o których mowa w umowie, skierowanie do wykonywania czynności określonych w niniejszym paragrafie, osób niezatrudnionych na podstawie umowy o pracę, stanowić będzie podstawę do odstąpienia od umowy przez Zamawiającego z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy.

**§ 13**

1. Wykonawca w okresie realizacji przedmiotu umowy zobowiązuje się:

a) zatrudnić ……... osoby bezrobotne do realizacji usługi, o której mowa w § 2 ust. 1, na podstawie umowy o pracę zawartej w nie mniej niż niepełnym wymiarze czasu pracy, gdzie niepełny wymiar czasu pracy nie może być niższy niż 1/2 etatu, tj. 1/2 etatu każdą z nich,

b) zatrudnić na podstawie umowy o pracę osoby, o których mowa w pkt.1, nie później niż do 21 dnia po podpisaniu umowy i udokumentować ten fakt Zamawiającemu, poprzez przedłożenie w terminie 5 dni od zatrudnienia dokumentów o których mowa w ust. 2,

c) składać, na każde wezwanie Zamawiającego, pisemne oświadczenie o spełnieniu wymogu, o którym mowa w pkt. 1 wraz z innymi dokumentami, o których mowa w ust. 2.

2. Wykonawca w celu potwierdzenia zatrudnienia osoby/osób, o których mowa w ust. 1 pkt 1, zobowiązany jest przedstawić Zamawiającemu następujące wskazane poniżej dowody/dowód, w szczególności:

a) odpis skierowania bezrobotnego do pracodawcy wystawionego przez urząd pracy,

b) decyzje o utracie statusu bezrobotnego,

c) oświadczenia Wykonawcy/Podwykonawcy o zatrudnieniu na podstawie umowy o pracę osoby bezrobotnej, której dotyczy wezwanie Zamawiającego. Oświadczenie to powinno zawierać w szczególności dokładne określenie podmiotu składającego oświadczenie, datę złożenia oświadczenia, wskazanie że objęte wezwaniem czynności wykonują osoby bezrobotne wraz ze wskazaniem liczby tych osób, umowy oraz podpis osoby uprawnionej do złożenia oświadczenia w imieniu Wykonawcy.

d) poświadczonej za zgodność z oryginałem odpowiednio przez Wykonawcę/Podwykonawcę kopii umowy o pracę osoby bezrobotnej wykonującej w trackie realizacji umowy czynności, których dotyczy w/w oświadczenie Wykonawcy (wraz z dokumentem regulującym zakres obowiązków, jeżeli został sporządzony). Dokumenty potwierdzające zatrudnienie powinny zostać zanonimizowane w sposób zapewniający ochronę danych osobowych pracowników zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 RODO. Informacje takie jak imię, nazwisko zatrudnionego, data zwarcia umowy, rodzaj umowy o pracę, stanowisko lub rodzaj wykonywanych czynności powinny być możliwe do zidentyfikowania.

e) zaświadczenie właściwego oddziału ZUS, potwierdzającego opłacanie przez Wykonawcę składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne z tytułu zawarcia umowy o pracę z bezrobotnym za ostatni okres rozliczeniowy lub oświadczoną za zgodność z oryginałem przez Wykonawcę kopię dowodu potwierdzającego zgłoszenie pracownika przez pracodawcę do ubezpieczeń, zanonimizowaną w sposób zapewniający ochronę danych osobowych pracowników zgodnie z RODO. Imię i nazwisko pracownika nie podlega anonimizacji.

**§ 14**

Wykonawca zobowiązuje się do bieżącego informowania Zamawiającego o wszelkich okolicznościach wpływających na zasadność, formę przyznania usług, ich zakres i ilość.

**§ 15**

1. Wszelkie zmiany umowy wymagają formy aneksu podpisanego przez obie strony - pod rygorem nieważności.

2. Zakazuje się zmian postanowień niniejszej umowy w stosunku do treści oferty, na podstawie której dokonano wyboru Wykonawcy, chyba że Zamawiający przewidział możliwość dokonania takiej zmiany w ogłoszeniu o zamówieniu lub w specyfikacji istotnych warunków zamówienia w postaci jednoznacznych postanowień umownych, które określają ich zakres charakter oraz warunki wprowadzenia zmian.

3. Nawiązując do ust. 2 Zamawiający przewiduje możliwość zmiany treści umowy:

1) w przypadku ustawowej zmiany wysokości stawek podatku VAT dotyczącej przedmiotu umowy, podlegają one zmianie od dnia wejścia w życie nowych stawek podatku, przy czym zmianie ulegnie wyłącznie kwota brutto, cena netto pozostaje bez zmian,

2) w przypadku zmniejszenia ilości godzin usług opieki wytchnieniowej wskazanych w ogłoszeniu na usługi społeczne i umowie z przyczyn niezależnych od Zamawiającego (np. z powodu zmiany liczby osób zakwalifikowanych przez MOPS do opieki wytchnieniowej) zmianie ulegnie łączne wynagrodzenie Wykonawcy,

3) przesunięcia godzin między poszczególnymi grupami osób niepełnosprawnych, o których mowa w § 6 ust. 1, pod warunkiem, iż przesunięcia te nie przekroczą maksymalnej kwoty wynagrodzenia, o której mowa w § 7 ust. 2.

4) zmiany danych teleadresowych,

5) zmiany numerów kont bankowych,

6) zmiany Podwykonawców lub dalszych Podwykonawców.

7) zmiany wskazanej w ofercie osoby wykonującej zamówienie z przyczyn niezależnych od Wykonawcy, przy czym zmiana wymaga akceptacji Zamawiającego i możliwa jest tylko na osobę o kwalifikacjach i doświadczeniu nie niższym niż osoby zmienianej.

**§ 16**

1. Poza przypadkami określonymi przepisami powszechnie obowiązującego prawa, Stronom przysługuje prawo odstąpienia od umowy w przypadkach określonych w niniejszym paragrafie.

2. Zamawiającemu przysługuje prawo odstąpienia od umowy:

1) w przypadku zaistnienia istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy w terminie 30 dni od powzięcia wiadomości o tych okolicznościach,

2) w razie wykonywania przedmiotu niniejszej umowy niezgodnie z umową (niezgodnie z jej treścią lub projektem),

3) w przypadkach określonych w Kodeksie cywilnym i ustawie z dnia 11 września 2019r. Prawo zamówień publicznych,

4) w przypadkach konieczności dokonywania bezpośredniej zapłaty Podwykonawcy lub dalszemu Podwykonawcy lub konieczności dokonania bezpośrednich zapłat na sumę większą niż 5% wartości brutto umowy,

5) jeśli kary umowne, którymi Zamawiający obciążył Wykonawcę, osiągnęły łączną wysokość 30% łącznego wynagrodzenia brutto określonego w § 7 ust. 2,

3. Odstąpienie od niniejszej umowy powinno nastąpić w formie pisemnej pod rygorem nieważności i zawierać uzasadnienie. Prawo do odstąpienia od umowy przysługuje w terminie 30 dni od daty zaistnienia okoliczności będącej podstawą odstąpienia.

4. Uprawnienie do odstąpienia i jego realizacja nie pozbawia prawa do naliczenia kary umownej. 5. W przypadku odstąpienia przez Zamawiającego od niniejszej umowy zgodnie z postanowieniami niniejszego paragrafu, Wykonawca może żądać wyłącznie zapłaty wynagrodzenia, za usługi, które zostały wykonane do dnia odstąpienia, chyba że Zamawiający zgłasza zastrzeżenia co do jakości wykonywanych usług.

**§ 17**

Wykonawca oświadcza, że wykonał obowiązek informacyjny zgodnie z art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskał w celu realizacji zamówienia.

**§ 18**

Zamawiający powierza przetwarzanie danych osobowych, osób objętych pomocą w formie usług opieki wytchnieniowej w celu realizacji wcześniejszej umowy na warunkach określonych w oddzielnej umowie.

**§ 19**

1. W sprawach nie uregulowanych umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego oraz ustawy z dnia 11 września 2019 r. - Prawo zamówień publicznych.

2. Strony zobowiązane są do wzajemnego informowania o zmianie adresu wskazanego w umowie. Korespondencja wysłana na wskazany przez Stronę adres będzie uznawana za skutecznie doręczoną w sytuacji, gdy wróci ona z adnotacją „adresat nieznany”, „adresat wyprowadził się” lub podobną, a Strona będąca nadawcą nie została poinformowana o zmianie tego adresu.

**§ 20**

Spory pomiędzy stronami wynikłe na tle wykonywania niniejszej umowy podlegają rozstrzygnięciu przez sądy powszechne właściwe miejscowo dla Zamawiającego.

**§ 21**

Umowa została sporządzona w 3-ch jednobrzmiących egzemplarzach, dwa egzemplarze dla Zamawiającego i jeden dla Wykonawcy.

**ZAMAWIAJĄCY: WYKONAWCA:**

Załącznik Nr 1 do Umowy

**Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa" – edycja 2022**

1. **Dane osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej (opiekuna osoby niepełnosprawnej sprawującego bezpośrednią i stałą opiekę):**

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

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

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

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

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

1. **Dane dotyczące osoby niepełnosprawnej, w związku z opieką nad którą 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 wsparcia:

1. czynności samoobsługowe **Tak/Nie**
2. czynności pielęgnacyjne **Tak/Nie**
3. w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełniania ról społecznych **Tak/Nie**
4. w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania **Tak/Nie**
5. w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem **Tak/Nie**

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

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

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

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

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

dzienna, miejsce……………………………………………………………………………………………………………………………..\*

całodobowa, miejsce………………………………………………………………….………………………………………………….\*

w godzinach ……………………………………………………………………………………………………………………………………

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

**III. Oświadczenia:**

1. Oświadczam, że osoba niepełnosprawna, w związku z opieką nad którą ubiegam się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej) posiada ważne orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności/orzeczenie traktowane na równie do oczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub że dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności\*\*
2. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług asystenckich oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowania przez realizatora 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” – edycja 2022.
4. 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 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 (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1, z późn. zm.) oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).

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

..………………………………………………………

(Podpis osoby opiekuna prawnegolub 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 2022:

1) świadczenia usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego w: miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością, ośrodku wsparcia lub innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu, które otrzyma pozytywną opinię realizatora Programu.

2)świadczenia usługi opieki wytchnieniowej, w ramach pobytu całodobowego w: ośrodku wsparcia, w ośrodku/placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom z niepełnosprawnością wpisaną do rejestru właściwego wojewody lub w innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu, które otrzyma pozytywną opinię realizatora Programu.

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

Załącznik Nr 2 do Umowy

WZÓR KARTY INFORMACYJNEJ OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Data założenia: ….........................................

Karta informacyjna osoby niepełnosprawnej

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwisko i imię  …………………………………  Tel:  …....................... | Data urodzenia | Adres zamieszkania  Skarżysko-Kamienna  ul. …........................... |
| Dane opiekuna prawnego/faktycznego osoby niepełnosprawnej: | | |
| Informacje na temat ograniczeń osoby niepełnosprawnej w zakresie komunikowania się lub  poruszania (uzyskane na podstawie wypełnionej karty zgłoszenia do Programu):   …..…....................................................... | | |
| Przychodnia rodzinna/specjalistyczna: | | |
| Informacje uzyskane od lekarza/pielęgniarki wypełniających Kartę oceny stanu dziecka./osoby  niepełnosprawnej wg zmodyfikowanej skali FIM (załącznik do Programu „Opieka wytchnieniowa”-  edycja 2022  1. Liczba punktów ……………………………………..….  2. Nazwisko lekarza /pielęgniarki…………………….…  3. Nazwa przychodni ……………………………………. | | |
| Data rozpoczęcia usługi opieki wytchnieniowej:  …........................... r. | Dzienny/tygodniowy wymiar usługi opieki  wytchnieniowej: …....... godziny | |

Załącznik Nr 3 do Umowy

………………………………….. Skarżysko-Kamienna. dnia ..........................

(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) słanie 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)

Załącznik Nr 4 do Umowy

**Karta rozliczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa" – edycja 2022**

1. **Dane osoby, której przyznane zostały usługi opieki wytchnieniowej (opiekuna prawnego/członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej):**

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

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

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

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

E-mail: ………………………………………………….

1. **Dane dotyczące osoby niepełnosprawnej, w związku z opieką nad którą opiekunowi przyznane zostały usługi opieki wytchnieniowej**:

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

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

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

1. **Informacje dot. realizowanych usług opieki wytchnieniowej:**
2. Opieka wytchnieniowa przyznana w formie: dziennej, całodobowej\*
3. Opieka wytchnieniowa przyznana w wymiarze: ………………………………………………..………
4. Miejsce realizacji usług opieki wytchnieniowej: …………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Data realizacji opieki wytchnieniowej | Miejsce realizacji opieki wytchnieniowej | Godziny/dni realizacji opieki wytchnieniowej | Liczba godzin/dni świadczonej opieki wytchnieniowej | Potwierdzenie realizacji usługi opieki wytchnieniowej przez osobę bądź placówkę, która ją realizowała | Podpis osoby objętej opieką wytchnieniową/członka rodziny/opiekuna |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |  |  |

1. Łączna liczba godzin/dni świadczonej opieki wytchnieniowej w formie:
2. dziennej wynosi ………….. godzin,
3. całodobowej wynosi …………….dni,

5. Potwierdzam zgodność karty realizacji Programu

……………………………………………………………..

Data i podpis osoby reprezentującej realizatora usług

\*Należy podkreślić realizowaną formę usług

Załącznik Nr 5 do Umowy

**Karta pomiaru niezależności funkcjonalnej wg zmodyfikowanych kryteriów oceny – Skali FIM wraz z dodatkową informacją do wzoru karty pomiaru niezależności funkcjonalnej według zmodyfikowanych kryteriów oceny**

Imię i nazwisko ...........................................................................................................................

Adres zamieszkania ....................................................................................................................

PESEL ...................................................................................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Czynność | Stopień samodzielności | Wynik |
| Samoobsługa | Spożywanie posiłków |  |
| Dbałość o wygląd zewnętrzny |  |
| Kąpiel |  |
| Ubieranie górnej części ciała |  |
| Ubieranie dolnej części ciała |  |
| Toaleta |  |
| Kontrola zwieraczy | Oddawanie moczu |  |
| Oddawanie stolca |  |
| Mobilność | Przechodzenie z łóżka na krzesło lub wózek inwalidzki |  |
| Siadanie na muszli klozetowej |  |
| Wchodzenie pod prysznic lub do wanny |  |
| Lokomocja | Chodzenie lub jazda na wózku inwalidzkim |  |
| Schody |  |
| Komunikacja | Zrozumienie |  |
| Wypowiadanie się |  |
| Świadomość społeczna | Kontakty międzyludzkie |  |
| Rozwiązywanie problemów |  |
| Pamięć |  |
| **SUMA** | |  |

Maksymalny wynik to 126 punktów, a minimalny to 18.

………………………………………………….

(Miejscowość, data, podpis osoby wypełniającej Kartę)

Pomiar Niezależności Funkcjonalnej (FIM – The Functional Independence Measure) - pozwala na ocenę sprawności funkcjonalnej w zakresie samoobsługi, kontroli zwieraczy, mobilności, niezależności w zakresie lokomocji, komunikacji i świadomości społecznej.

Za każdą czynność podlegającą ocenie dziecko/osoba niepełnosprawna może otrzymać od 1 do 7 punktów:

• 7 punktów – pełna niezależność dziecka/osoby niepełnosprawnej (analizowaną czynność dziecko/osoba niepełnosprawna wykonuje bezpiecznie i szybko);

• 6 punktów – umiarkowana niezależność dziecka/osoby niepełnosprawnej (wykorzystywane są urządzenia pomocnicze);

• 5 punktów – umiarkowana niezależność dziecka/osoby niepełnosprawnej (konieczny jest nadzór lub asekuracja podczas wykonywania czynności);

• 4 punkty – potrzebna minimalna pomoc (dziecko/osoba niepełnosprawna wykonuje samodzielnie więcej niż 75% czynności);

• 3 punkty – potrzebna umiarkowana pomoc (dziecko/osoba niepełnosprawna wykonuje samodzielnie od 50   
do 74% czynności);

• 2 punkty – potrzebna maksymalna pomoc (dziecko/osoba niepełnosprawna wykonuje samodzielnie od 25   
do 50% czynności);

• 1 punkt – całkowita zależność (dziecko/osoba niepełnosprawna wykonuje samodzielnie mniej niż 25% czynności).

**Dodatkowo informacja dot. oceny potrzeby wsparcia w codziennym funkcjonowaniu z zastosowaniem Skali Pomiaru Niezależności Funkcjonalnej (FIM – The Functional Independence Measure)**

Cel:

Ocena poziomu samodzielności osoby niepełnosprawnej w codziennym funkcjonowaniu, a tym samym zakresu oraz intensywności niezbędnego wsparcia, w celu określenia psychofizycznego obciążenia opiekuna i wskazania potrzeby skorzystania w pierwszej kolejności z usług opieki wytchnieniowej.

Dla precyzyjnego zrozumienia jakiego rodzaju aktywności podlegają ocenie wprowadza się podział badanych obszarów aktywności na 3 obszary w oparciu o Międzynarodową Klasyfikację Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) oraz pomocniczy opis badanych aktywności za pomocą kategorii ICF.

ICF (2001 r.) jest rekomendowanym przez WHO narzędziem do całościowego opisu funkcjonowania osób niepełnosprawnych lub osób dotkniętych trwałym obniżeniem stanu zdrowia, pozwalającym na zarejestrowanie wszystkich aspektów tego funkcjonowania, jak zaburzenia funkcji i struktur ciała, ograniczenia w podejmowaniu indywidualnej aktywności oraz społecznym zaangażowaniu, z uwzględnieniem wpływu czynników środowiskowych oraz osobowych.

Wprowadzenie tego podziału pozwoli również na rzetelność pomiaru oraz ustalenie rzetelnych kryteriów pierwszeństwa w dostępie do usług opiekuńczych osobom o największych potrzebach, poprzez przypisanie wag punktowych, gdzie uwzględnione zostaną potrzeby osób z niepełnosprawnością intelektualną, spektrum autyzmu oraz niepełnosprawnością, której podłożem są choroby psychiczne.

Wprowadzenie dookreślenia opisu aktywności podlegających ocenie w oparciu o kategorie ICF ma na celu ułatwienie osobom, które będą przeprowadzały badanie precyzyjne odniesienie dziedzin ze skali FIM do konkretnych obszarów funkcjonowania – czynności lub funkcji.

Przykład:

Dziedzina „Kontrola zwieraczy” odnosi się nie do czynności podejmowanych przez badanego, ale do funkcji organizmu związanych z kontrolowaniem defekacji oraz kontrolowaniem oddawania moczu.

Ograniczenia dotyczące podejmowania czynności związanych z wypróżnianiem się i oddawaniem moczu podlegają ocenie w ramach dziedziny „Toaleta”.

Rozróżnienia te zarejestrować można dzięki zastosowaniu kategorii ICF, gdzie kategorie b5253 Kontrolowanie oddawania stolca oraz b6202 Zdolność utrzymania moczu odnoszą się do odpowiednich funkcji ciała, natomiast kategoria d530 Korzystanie z toalety określa zespół aktywności, takich jak: sygnalizowanie potrzeby, zajmowanie odpowiedniej pozycji, manipulowanie ubraniem przed i po, higiena po, które wiążą się z wypróżnianiem się i oddawaniem moczu.

Podobnie w przypadku obszaru „Świadomość społeczna” , gdzie znajdują się zarówno dziedziny dotyczące aktywności, jak „Kontakty międzyludzkie” oraz odnoszące się do funkcji ciała, jak „Pamięć”.

Oceniane obszary aktywności - opis z zastosowaniem kategorii ICF:

Dbanie o siebie:

1. „Samoobsługa”

2. „Kontrola zwieraczy”

1. „Samoobsługa”
   1. „Spożywanie posiłków” - d550 Jedzenie, d560 Picie
   2. „Dbałość o wygląd zewnętrzny” – d5100 Mycie pojedynczych części ciała, d520 Pielęgnowanie poszczególnych części ciała (skóra, włosy, zęby, paznokcie)
   3. „Ubieranie górnej części ciała” – d5400 Zakładanie ubrania, d5401 Zdejmowanie ubrania
   4. „Ubieranie dolnej części ciała” – d5400 Zakładanie ubrania, d5401 Zdejmowanie ubrania, d5402 Zakładanie obuwia, d5403 Zdejmowanie obuwia
   5. „Kąpiel” - d5101 Mycie całego ciała
   6. „Toaleta” - d530 Korzystanie z toalety (sygnalizowanie potrzeby, zajmowanie odpowiedniej pozycji, manipulowanie ubraniem przed i po, higiena po)
2. „Kontrola zwieraczy”
   1. „Oddawanie moczu” - b6202 Zdolność utrzymania moczu: Funkcje sprawowania kontroli nad oddawaniem moczu
   2. „Oddawanie stolca” - b5253 Kontrolowanie oddawania stolca: funkcje związane z świadomym panowaniem nad czynnością wydalania

Poruszanie się:

3.„Mobilność”

4.„Lokomocja”

1. „Mobilność”

3.1 „Przechodzenie z łóżka na krzesło lub wózek inwalidzki” - d4200 Przemieszczanie się w pozycji siedzącej,

3.2 „Siadanie na muszli klozetowej” – d4103 Siedzenie: Przyjmowanie pozycji siedzącej i zmienianie pozycji ciała z siedzącej na każdą inną pozycję np. stojącą lub leżącą, d4104 Stanie Przyjmowanie pozycji stojącej lub zmienianie pozycji ciała ze stojącej na każdą inną pozycję np. leżącą lub siedzącą.

3.3 „Wchodzenie pod prysznic lub do wanny” - d4551 Wspinanie się (schody, krawężniki, inne przeszkody/obiekty)

1. „Lokomocja”
   1. „Chodzenie lub jazda na wózku inwalidzkim” - d450 Chodzenie, d465 Poruszanie się przy pomocy sprzętu (wózek inwalidzki)
   2. „Schody” - d4551 Wspinanie się (schody, krawężniki, inne przeszkody/obiekty)

Funkcjonowanie społeczne:

5.„Komunikacja”

6.„Świadomość społeczna”

1. „Komunikacja”
   1. „Zrozumienie” - d310 Porozumiewanie się – odbieranie - wiadomości ustne, d315 Porozumiewanie się – odbieranie - wiadomości niewerbalne
   2. „Wypowiadanie się” - d330 Mówienie, d335 Tworzenie wiadomości niewerbalnych, d350 Rozmowa
2. „Świadomość społeczna”
   1. „Kontakty międzyludzkie”

d710 Podstawowe kontakty międzyludzkie (Nawiązywanie kontaktów z ludźmi w sposób odpowiedni do sytuacji i akceptowany społecznie),

d720 Złożone kontakty międzyludzkie (Utrzymywanie i kontrolowanie wzajemnych kontaktów z innymi ludźmi, w sposób odpowiedni do danej sytuacji i akceptowany społecznie tak jak np. kontrolowanie emocji i odruchów, kontrolowanie werbalnej i fizycznej agresji, działanie niezależne od relacji społecznych, działanie zgodnie z zasadami i zwyczajami społecznymi)

* 1. „Rozwiązywanie problemów”

d175 Rozwiązywanie problemów: Znajdowanie odpowiedzi na pytania lub sytuacje poprzez identyfikowanie i analizowanie problemów, ustalanie możliwych rozwiązań i ocenianie potencjalnych skutków tych rozwiązań a następnie wdrażanie wybranego rozwiązania, jak np. rozstrzyganie sporu pomiędzy dwoma osobami.

d210 Podejmowanie pojedynczego zadania: Wykonywanie prostych lub złożonych, skoordynowanych czynności umysłowych i fizycznych będących elementami realizacji pojedynczego zadania, jak np. inicjowanie zadania, ustalanie czasu, miejsca i materiałów potrzebnych do wykonania zadania, kolejne kroki wykonania zadania, realizowanie zadania, finalizowanie zadania i kontynuowanie wykonywania zadania

d230 Realizowanie dziennego rozkładu zajęć: Podejmowanie prostych lub złożonych i skoordynowanych działań, związanych z planowaniem, ustalaniem i spełnianiem czynności wynikających z codziennego rozkładu zajęć i obowiązków. jak np. gospodarowanie czasem lub planowanie poszczególnych czynności wykonywanych w ciągu dnia

* 1. „Pamięć” - b144 Funkcje pamięci: Swoiste funkcje psychiczne umożliwiające rejestrowanie i przechowywanie informacji oraz - w razie potrzeby – odtwarzanie jej

„Rozwiązywanie problemów” doprecyzowane zostało przez 3 kategorie ICF ze względu na fakt, iż trafnie opisują poznawcze i psychologiczne podłoże podejmowania zadań związanych z codziennym funkcjonowaniem wraz z reagowaniem na pojawiające się trudności. Kategorie te nie odnoszą się do potocznie rozumianej sprawności, dlatego trafnie opisują funkcjonowanie osób z niepełnosprawnością intelektualną, spektrum autyzmu, czy też niepełnosprawnością mającą swoje podłoże w chorobie psychicznej.

Rejestrowanie wyników badania/oceny/pomiaru samodzielności

7 punktów – pełna niezależność (osoba wykonuje czynność bezpiecznie i szybko)

6 punktów – umiarkowana niezależność (wykorzystywane są urządzenia pomocnicze)

5 punktów – umiarkowana niezależność (konieczny jest nadzór lub asekuracja podczas wykonywania czynności)

4 punkty – potrzebna minimalna pomoc (osoba wykonuje samodzielnie więcej niż 75% czynności)

3 punkty – potrzebna umiarkowana pomoc (osoba wykonuje samodzielnie od 50 do 74% czynności)

2 punkty – potrzebna maksymalna pomoc (osoba wykonuje samodzielnie od 25 do 50% czynności)

1 punkt – całkowita zależność (osoba wykonuje samodzielnie mniej niż 25 % czynności)

Wyniki oceny dla każdego z obszarów aktywności:

Samoobsługa – 6 czynności, punktacja od 6 pkt. do 42 pkt.

Kontrola zwieraczy – 2 czynności/funkcje, punktacja od 2 pkt. do 14 pkt.

Mobilność – 3 czynności, punktacja od 3 pkt. do 21 pkt.

Lokomocja – 2 czynności, punktacja od 2 pkt. do 14 pkt.

Komunikacja - 2 czynności, punktacja od 2 pkt. do 14 pkt.

Świadomość społeczna - 3 czynności/funkcje, punktacja od 3 pkt. do 21 pkt.

Kryteria oceny uprawniającej do korzystania z usług w pierwszej kolejności

1. Maksymalna łączna ocena poziomu samodzielności w obszarach odnoszących się do wykonywania czynności codziennych oraz poruszania się (obszary 1- 4) wynosi 91 pkt., przy minimalnej ocenie 13 pkt.
2. Maksymalna łączna ocena poziomu funkcjonowania społecznego obejmującego komunikację, nawiązanie i utrzymywanie relacji z innymi osobami, rozwiązywanie problemów i pamięć (obszary 5 – 6), wynosi 35 pkt., przy minimalnej ocenie 5 pkt.
3. Ocena - 3 pkt. opisuje osobę, która wymaga pomocy w co najmniej 25% - 50% czynności składających się na daną aktywność oraz w podejmowaniu danej aktywności w co najmniej 25% - 50% czasu swojego codziennego rozkładu zajęć.
4. Ocena 4 pkt. oznacza konieczność udzielania pomocy osobie w mniej niż 25% czynności oraz w mniej niż 25% czasu swojego codziennego rozkładu zajęć.
5. Ocena 5 pkt. opisuje osobę wymagającą monitoringu i asekuracji, natomiast przy ocenie 6 pkt. samodzielność jest osiągana dzięki zastosowaniu przedmiotów i urządzeń kompensacyjno – asystujących.
6. W celu rzetelnej oceny i ustalenia kryteriów kwalifikacji w pierwszej kolejności do usług osób o największym stopniu obciążonych sprawowaniem opieki, gdzie zostaną uwzględnione potrzeby opiekunów sprawujących opiekę nad osobami z niepełnosprawnością intelektualną, osobami ze spektrum autyzmu i osobami z niepełnosprawnością uwarunkowana chorobami psychicznymi.

Przykład I

Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną: 05-R Upośledzenie narządu ruchu, 10-N Choroby neurologiczne, 01-U Upośledzenie umysłowe.

Osoba doświadcza trudności w funkcjonowaniu we wszystkich obszarach funkcjonowania. Wynikiem uprawniającym do uzyskania dostępu przez opiekuna do usług opieki wytchnieniowej w pierwszej kolejności jest ocena mniejsza lub równa 54 pkt. Oznacza to uzyskanie oceny w każdej z badanych aktywności/funkcji nie większej niż 3 pkt.

Przykład II

Osoba z niepełnosprawnością ruchową: 05-R Upośledzenie narządu ruchu, 10-N Choroby neurologiczne.

Osoba doświadcza trudności w obszarze wykonywania czynności dnia codziennego oraz w poruszaniu się i jednocześnie nie doświadcza lub doświadcza w niewielkim stopniu problemów w funkcjonowaniu w wymiarze społecznym.

Wynikiem uprawniającym do uzyskania dostępu przez opiekuna do usług opieki wytchnieniowej w pierwszej kolejności jest ocena mniejsza lub równa 39 pkt. w zakresie dbania o siebie i poruszania się (ocena w każdej z badanych aktywności/funkcji nie większej niż 3 pkt.) Natomiast w zakresie funkcjonowania społecznego można sobie wyobrazić uzyskanie maksymalnej oceny 35 pkt., czyli łącznej oceny 74 pkt.

W przypadku funkcjonowania społecznego niższa ocena może dotyczyć „Kontaktów międzyludzkich”

Przykład III

Osoba z niepełnosprawnością intelektualną: 01-U Upośledzenie umysłowe.

Wynikiem uprawniającym do uzyskania dostępu przez opiekuna do usług opieki wytchnieniowej w pierwszej kolejności jest ocena mniejsza lub równa 15 pkt. w zakresie funkcjonowania społecznego (ocena w każdej z badanych aktywności/funkcji nie większej niż 3 pkt.) Natomiast w zakresie dbania o siebie i poruszania się można sobie wyobrazić uzyskanie maksymalnej oceny 91 pkt., czyli łącznej oceny 106 pkt.

W przypadku dbania o siebie można wyobrazić sobie niższą ocenę w zakresie „Dbałości o wygląd zewnętrzny” oraz „Toalecie”.

Optymalnym rozwiązaniem jest ustalenie średniej wartości punktowej, która będzie charakteryzować największą grupę osób z jednoczesnym wyznaczeniem wag, pozwalających na uwzględnienie potrzeb osób o innej charakterystyce trudności w codziennym funkcjonowaniu.

Łączna wartość oceny kwalifikującej do usług w pierwszej kolejności:

1. 74 pkt. w przypadku osób ,których niepełnosprawność określona została za pomocą następujących symboli niepełnosprawności: 04-0 Choroby narządu wzroku, 05-R Upośledzenie narządu ruchu, 06-E Epilepsja, 07-S Choroby układu krążenia, 08-T Choroby układu pokarmowego, 09-M Choroby układu moczowo – płciowego, 10-N Choroby neurologiczne, 11-I INNE, w tym schorzenia endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego

Nawet przy dużym zróżnicowaniu w zakresie trudności w poszczególnych obszarach funkcjonowania w przypadku osób o określonym podłożu niepełnosprawności, wartość 74 pkt. pozwala w rzetelny sposób uzależnić dostęp do usług przy odpowiednim poziomie psychofizycznego obciążenia opiekuna

1. Waga 1,37 w przypadku osób, u których w orzeczeniu wskazany został więcej niż 1 symbol niepełnosprawności, określający niepełnosprawność sprzężoną, czyli 01-U Upośledzenie umysłowe, 02-P Choroby psychiczne, 12-C Całościowe zaburzenia rozwojowe oraz dodatkowo 04-0 Choroby narządu wzroku lub 05-R Upośledzenie narządu ruchu, czy też 05-R Upośledzenie narządu ruchu oraz dodatkowo 04-0 Choroby narządu wzroku

Waga 0,7 w przypadku osób z niepełnosprawnością intelektualną, niepełnosprawnością uwarunkowaną chorobą psychiczną oraz osobami ze spektrum autyzmu, z wskazaniami z orzeczeniu następujących symboli przyczyny niepełnosprawności: 01-U Upośledzenie umysłowe, 02-P Choroby psychiczne, 12-C Całościowe zaburzenia rozwojowe.