

ZARZĄDZENIE NR 0050.1.54.2025
BURMISTRZA SĘPÓLNA KRAJEŃSKIEGO
z dnia 25 kwietnia 2025 r.

**w sprawie wprowadzenia Regulaminu rekrutacji mieszkańca
Centrum Opiekuńczo-Mieszkalnego w Sępólnie Krajeńskim**

Na podstawie art. 30 ust. 1, art. 33 ust. 1 i 3 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz.U. z 2024r. poz. 1465 z późn. zm.) zarządza się, co następuje:

§1. Wprowadza się Regulamin rekrutacji mieszkańca Centrum Opiekuńczo-Mieszkalnego w Sępólnie Krajeńskim w brzmieniu załącznika do niniejszego zarządzenia.

§2. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Uzasadnienie

Regulamin rekrutacji wprowadza jasne i obiektywne kryteria oraz procedury przyjęcia do Centrum, co pozwala na obiektywną ocenę potrzeb i stanu zdrowia kandydatów oraz zapewnia przejrzystość całego procesu zgodnie z art. 51 ustawy o pomocy społecznej.

Regulamin rekrutacji mieszkańca Centrum Opiekuńczo-Mieszkalnego w Sępólnie Krajeńskim

§ 1. Postanowienia ogólne.

1. Centrum Opiekuńczo – Mieszkalne w Sępólnie Krajeńskim jest jednostką organizacyjną pomocy społecznej, realizuje zadania z zakresu pomocy społecznej na terenie Gminy Sępólno Krajeńskie i funkcjonuje w strukturze Urzędu Miejskiego Gminy Sępólno Krajeńskie na podstawie Regulaminu funkcjonowania Centrum Opiekuńczo – Mieszkalnego w Sępólnie Krajeńskim.
2. Ilekroć jest mowa o:
 - 1) Regulaminie – należy przez to rozumieć Regulamin rekrutacji mieszkańca Centrum Opiekuńczo - Mieszkalnego w Sępólnie Krajeńskim;
 - 2) Centrum – należy przez to rozumieć Centrum Opiekuńczo - Mieszkalne w Sępólnie Krajeńskim;
 - 3) Kierowniku – należy przez to rozumieć Kierownika Centrum Opiekuńczo – Mieszkalnego w Sępólnie Krajeńskim;
 - 4) Mieszkańcach – należy przez to rozumieć osoby przebywające w Centrum Opiekuńczo - Mieszkalnym w Sępólnie Krajeńskim, tj. uczestników Programu Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej pn. „Centra Opiekuńczo-Mieszkalne” lub w przypadku zakończenia programu, osoby przebywające w Centrum Opiekuńczo – Mieszkalnym w Sępólnie Krajeńskim;
 - 5) Programie – należy przez to rozumieć Program „Centra Opiekuńczo-Mieszkalne” Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej;
3. Centrum zapewnia mieszkańcom wyżywienie (minimum trzy posiłki dziennie w pobycie całodobowym tj. śniadanie, obiad, kolację oraz dwa posiłki dziennie w pobycie dziennym tj. śniadanie i obiad), z uwzględnieniem zaleceń diety wynikających ze stanu zdrowia.
4. Przyjęcie do Centrum odbywa się na podstawie decyzji administracyjnej wydawanej przez Burmistrza Sępólna Krajeńskiego, w imieniu, którego działa Dyrektor Centrum Usług Społecznych w Sępólnie Krajeńskim.
5. Zasady ogólne postępowania rekrutacyjnego opierają się na treści art. 51 ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (t. j. Dz. U z 2024 r., poz. 1283 ze zm.).
6. Centrum przeznaczone jest dla dorosłych osób niepełnosprawnych ze znacznym i umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, o których mowa w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (t. j. Dz. U. z 2024 r., poz. 44 ze zm.) lub orzeczeniem traktowanym na równi z orzeczeniem o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności.
7. Podczas rekrutacji w pierwszej kolejności uwzględniane będą kwestie związane ze stanem zdrowia, dotychczasowymi relacjami rodzinnymi i społecznymi mieszkańca, jego stanem psychicznym i stopniem zagrożenia wykluczeniem społecznym, jak również skalą zgłaszanych potrzeb.

8. W celu rzetelnej kwalifikacji osób ubiegających się o przyjęcie do Centrum stosowana będzie *Karta oceny stanu pacjenta wg zmodyfikowanej skali Barthel (załącznik nr 1 do Regulaminu)*.
9. Pierwszeństwo do korzystania z usług Centrum mają:
 - 1) osoby samotne;
 - 2) osoby zagrożone wykluczeniem społecznym;
 - 3) osoby wymagające wsparcia w zakresie samodzielności w wykonywaniu podstawowych czynności życia codziennego;
 - 4) osoby niemające dostępu do tego typu usług w innych ośrodkach wsparcia, a takiego wsparcia wymagają.
10. Centrum nie zapewnia pobytu osobom, których stan zdrowia powoduje konieczność zapewnienia całkowitej i całodobowej opieki, w tym osobom leżącym i wymagającym stałej opieki medycznej, przy jednoczesnym braku pozytywnych rokowań w zakresie poprawy funkcjonalności i stanu zdrowia.
11. Centrum nie zapewnia pobytu osobom, przejawiającym zachowania agresywne i autoagresywne.
12. Osoby, które spełnią wszystkie wymogi, ale nie zostaną zakwalifikowane z powodu braku miejsc, zostaną umieszczone na liście rezerwowej. Osoby z listy rezerwowej będą kwalifikowane w przypadku zwolnienia miejsca, z uwzględnieniem zapisów poprzedzających.

§ 2. Składanie wniosków.

1. Osoba zainteresowana pobytem w Centrum, jej przedstawiciel ustawowy lub opiekun prawny składa wniosek o przyjęcie do Centrum (**załącznik nr 2 do Regulaminu**) wraz z orzeczeniem o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczeniem równoważnym.
2. Wniosek można składać w siedzibie Centrum Usług Społecznych w Sępólnie Krajeńskim przy ul. Szkolnej 8, tel. (52) 388 84 50, e-mail: cus@cus-sepolno.pl.
3. Wniosek do pobrania jest dostępny w siedzibie: Centrum Usług Społecznych w Sępólnie Krajeńskim przy ul. Szkolnej 8, na stronie internetowej Centrum: www.cus-sepolno.pl oraz na stronie internetowej Gminy Sępólno Krajeńskie: www.gmina-sepolno.pl.

§ 3. Postępowanie po złożeniu wniosku.

1. Wydanie decyzji administracyjnej w sprawie umieszczenia w Centrum następuje na wniosek osoby ubiegającej się o uczestnictwo w Centrum, w oparciu o przeprowadzony rodzinny wywiad środowiskowy w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej (kandydata na mieszkańca).
2. Rodzinny wywiad środowiskowy:
 - 1) przeprowadza się u osób i rodzin korzystających lub ubiegających się o świadczenia z pomocy społecznej w celu ustalenia ich sytuacji osobistej, rodzinnej, dochodowej i majątkowej;
 - 2) przeprowadza pracownik socjalny, również na potrzeby jednostki organizacyjnej pomocy społecznej z terenu innej gminy, po okazaniu legitymacji pracownika socjalnego.

3. W przypadku ubiegania się o przyznanie świadczenia z pomocy społecznej po raz kolejny, a także gdy nastąpiła zmiana danych zawartych w wywiadzie, sporządza się aktualizację wywiadu. W przypadku osób korzystających ze stałych form pomocy aktualizację sporządza się, mimo braku zmiany danych, nie rzadziej niż co 6 miesięcy.
4. Po przeprowadzeniu wywiadu środowiskowego, a przed wydaniem stosownej decyzji Kierownik Centrum dokonuje pisemnych ustaleń z osobą ubiegającą się o pobyt w Centrum, z jej przedstawicielem ustawowym lub opiekunem prawnym w formie zwanego dalej „kontraktu mieszkaniowego”).
5. **Kontrakt mieszkaniowy obejmuje:**
 - 1) ustalenie formy pobytu (pobyt dzienny/pobyt całodobowy);
 - 2) cel pobytu;
 - 3) czas pobytu;
 - 4) rodzaj i zakres świadczonych usług adekwatnych do potrzeb mieszkańca;
 - 5) wysokość i zasady ponoszenia odpłatności mieszkańca w Centrum, zgodnie z treścią uchwały Rady Miejskiej w Sępólnie Krajeńskim (jeśli dotyczy);
 - 6) uprawnienia mieszkańca;
 - 7) sposób zgłaszania planowanej nieobecności mieszkańca w Centrum;
 - 8) zobowiązanie się mieszkańca do przestrzegania obowiązujących przepisów, w tym regulaminów wewnętrznych;
 - 9) wskazanie skutków nieprzestrzegania postanowień kontraktu mieszkaniowego;
 - 10) uzgodnienia innych spraw związanych z korzystaniem z usług Centrum, w tym transportu z miejsca zamieszkania do Centrum;
 - 11) informacje o prawach i obowiązkach wynikających z przyznania usług świadczonych w Centrum.
6. Termin pobytu w Centrum każdorazowo ustalany jest indywidualnie, na podstawie danych zawartych w wywiadzie środowiskowym i zakresu potrzebnego wsparcia mieszkańca.
7. Decyzja przyznająca pobyt wydawana jest na czas określony, nie dłużej niż na okres 12 miesięcy.
8. Okres przyznania pobytu w Centrum może zostać przedłużony.
9. Ustalenie opłaty za usługi świadczone w Centrum następuje w formie decyzji administracyjnej zgodnie z uchwałą Rady Miejskiej w Sępólnie Krajeńskim określającą szczegółowo zasady ponoszenia odpłatności za pobyt w Centrum Opiekuńczo-Mieszkalnym w Sępólnie Krajeńskim.
10. Świadczenie usług, o których mowa w ustępach poprzedzających w ramach Centrum jest przyznawane na wniosek lub z urzędu, zgodnie z art. 102 ustawy o pomocy społecznej.

§ 4. Postanowienia końcowe.

1. Sprawy nieuregulowane w regulaminie funkcjonowania lub w niniejszym Regulaminie, a dotyczące funkcjonowania w Centrum ustala Burmistrz wydawanymi zarządzeniami.
2. Zmiana niniejszego Regulaminu wymaga trybu przewidzianego dla jego nadania.

KARTA OCENY KIEROWANEGO DO OBJĘCIA OPIEKĄ W CENTRUM OPIEKUŃCZO-MIESZKALNEGO W SĘPÓLNIE KRAJEŃSKIM

**1. OCENA KIEROWANEGO DO OBJĘCIA OPIEKĄ W CENTRUM OPIEKUŃCZO-MIESZKALNYM
W SĘPÓLNIE KRAJEŃSKIM WG SKALI OPARTEJ NA SKALI BARTHEL:**

1) IMIĘ I NAZWISKO: _____

2) ADRES ZAMIESZKANIA: _____

3) PESEL: _____

LP.	CZYNNOŚCI*	Wynik**
1.	Spożywanie posiłków: 0-nie jest w stanie samodzielnie jeść lub przełykać 5-potrzebuje pomoc w krojeniu, karmieniu doustnym, smarowaniu masłem, itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety 10-osoba samodzielna, niezależna	
2.	Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie: 0-nie jest w stanie przemieszczać się. Nie zachowuje równowagi przy siadaniu lub siedzeniu 5-większa pomoc fizyczna, jedna lub dwie osoby 10-mniejsza pomoc (słowna lub fizyczna) 15-osoba samodzielna	
3.	Utrzymywanie higieny osobistej: 0-potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych, nie jest w stanie wykonywać żadnych czynności higienicznych 5- potrzebuje pomocy w wykonywaniu czynności higienicznych 10-niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4.	Korzystanie z toalety /WC/ 0-zależny 5-potrzebuje lub częściowo potrzebuje pomocy przy korzystaniu z toalety 10-niezależny, samodzielny w dotarciu do toalety oraz w zdejmowaniu, zakładaniu części garderoby	
5.	Mycie, kąpiel całego ciała:	

	0 -zależny 5 - wymaga częściowej pomocy 10 -niezależny /samodzielny	
6.	Poruszanie się po powierzchniach płaskich: 0 -w ogóle nie porusza się 5 -porusza się na odległość do 50m za pomocą sprzętu wspomagającego i z pomocą co najmniej jednej osoby 10 -samodzielny/niezależny, w poruszaniu się na odległość	
7.	Wchodzenie i schodzenie po schodach: 0 -nie jest w stanie wchodzić i schodzić po schodach nawet z pomocą innej osoby 5 -potrzebuje pomocy fizycznej, asekuracji, przenoszenia 10 -samodzielny	
8.	Ubieranie się i rozbieranie: 0 -zależny, potrzebuje kompleksowej pomocy innej osoby 5 -potrzebuje częściowej pomocy innej osoby 10 -niezależny, samodzielny (także w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.)	
9.	Kontrolowanie stolca /zwieracza odbytu: 0 -nie panuje nad oddawaniem stolca 5 -sporadycznie bezwiednie popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 -panuje i kontroluje oddawanie stolca	
10.	Kontrolowanie moczu /zwieracza pęcherza moczowego: 0 -nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to nie jest niesamodzielny 5 -czasami bezwiednie oddaje mocz (zdarzenia przypadkowe) 10 -kontroluje oddawanie moczu	
	Łączna liczba punktów (wynik oceny) ***	

Skala:

I. 86-100 pkt. – stan pacjenta "lekki"

II. 21- 85 pkt. – stan pacjenta "średnio ciężki"

III. 0 - 20 pkt. - stan pacjenta "bardzo ciężki"

*w punktach od 1-10 należy wybrać jedna z możliwości najlepiej opisującą stan pacjenta i podkreślić **/wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości ***/w ramce wpisać uzyskaną sumę punktów.

Sępólno Krajeńskie, dnia _____ 20____ r.

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(numer telefonu)

**WNIOSEK O PRZYJĘCIE
DO CENTRUM OPIEKUŃCZO-MIESZKALNEGO W SĘPÓLNIE KRAJEŃSKIM**

Zwracam się do Centrum Usług Społecznych w Sępólnie Krajeńskim o wydanie decyzji dotyczącej przyznania pobytu dziennego/całodobowego* w Centrum Opiekuńczo-Mieszkalnym w Sępólnie Krajeńskim Pani/Pana* ur. roku.

UZASADNIENIE WNIOSKU

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(czytelny podpis imieniem i nazwiskiem osoby składającej wniosek)

Załączniki:

1. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności.
2. Zaświadczenie Sądu Rodzinnego (dot. osób ubezwłasnowolnionych) lub pełnomocnictwo poświadczone notarialnie.

* Niepotrzebne skreślić

Zadanie finansowane z Funduszu Solidarnościowego w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Centra opiekuńczo-mieszkalne”

..... dnia

.....

/pieczęć nagłówkowa/

/miejscowość/

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

1. Imię i Nazwisko osoby ubiegającej się o przyjęcie do Centrum Opiekuńczo – Mieszkalnego w Sępólnie Krajeńskim: _____
2. Adres: _____
3. Wiek: _____
4. Czy istnieją przeciwwskazania zdrowotne do uczestnictwa w zajęciach w Centrum Opiekuńczo – Mieszkalnym w Sępólnie Krajeńskim:
TAK* NIE*
5. Brak przeciwwskazań w zakresie lokomocji osoby niepełnosprawnej fizycznie uczęszczającej do Centrum Opiekuńczo – Mieszkalnego w Sępólnie Krajeńskim.
TAK* NIE*
6. Faktyczny stan zdrowia i aktualnie przyjmowane leki:

.....
/podpis i pieczęć lekarza/

* właściwe podkreślić

**Kwestionariusz samooceny do wniosku osoby ubiegającej się o pobyt
w Centrum opiekuńczo-mieszkalnym w Sępólnie Krajeńskim**

1. Dane osobowe:

- 1) Imię i nazwisko: _____
- 2) Adres zamieszkania: _____
- 3) Data urodzenia: _____
- 4) Stan cywilny: _____
- 5) Czy wnioskodawca jest osobą ubezwłasnowolnioną/ma ustalonego pełnomocnika: TAK/NIE. Jeśli tak proszę o wskazanie:
 - a) Postanowienie Sądu Rejonowego: Syg. Akt. _____
 - b) Pełnomocnictwo wydane przez Notariusza: _____, Rep. _____
 - c) Dane opiekuna prawnego/pełnomocnika*: _____
- 6) Dane osoby do kontaktu w sprawie uczestnika: (imię, nazwisko, stopień pokrewieństwa, adres, nr. tel.) _____

2. Sytuacja rodzinna:

- 1) Czy ma Pan/Pani dzieci? TAK/NIE. Jeśli tak proszę wymienić i wskazać wiek:

- 2) Czy jest Pan/Pani osobą samotnie zamieszkującą? TAK/NIE. Jeśli tak, proszę wymienić wszystkie osoby wspólnie mieszkające i zaznaczyć jaki jest z nimi stopień pokrewieństwa.

3. Sytuacja mieszkaniowa:

- 1) Mieszka Pan/Pani w:
 - a) Bloku, b) Kamienicy, c) Domu jednorodzinnym, c) Inne: _____
- 2) Liczba pokoi (bez kuchni): _____
- 3) Piętro: _____
- 4) Czy w budynku znajduje się winda TAK/NIE, łazienka TAK/NIE, toaleta TAK/NIE, kuchnia TAK/NIE, bieżąca woda TAK/NIE,
- 5) Mieszkanie znajduje się na piętrze nr _____
- 6) Rodzaj ogrzewania mieszkania: _____
- 7) Mieszkanie jest dostosowane do Pana/Pani niepełnosprawności? Jeśli nie, to jakie zmiany byłyby potrzebne:

4. Źródło utrzymania i sytuacja materialna:

- 1) Z czego utrzymuje się Pan/Pani oraz osoby wspólnie zamieszkujące (wynagrodzenie za pracę, renta, emerytura, inne źródła):

5. Charakterystyka zdolności do samodzielnej egzystencji:

Poniżej będą wymienione niektóre czynności życia codziennego. Prosimy o zaznaczenie właściwej odpowiedzi, która najlepiej opisuje Pana/Pani możliwości:

- 1) myję się przy umywalce:

a) sam(-a) b) z pomocą c) ktoś inny mnie myje

- 2) myję zęby (czyszczę protezę zębową):

a) sam(-a) b) z pomocą c) ktoś inny robi to za mnie

- 3) czeszę się:

a) sam(-a) b) z pomocą c) ktoś inny mnie czesze

- 4) golenie (dotyczy Panów):

a) sam(-a) b) z pomocą c) ktoś inny mnie goli

- 5) korzystam z prysznica:

a) sam(-a) b) z pomocą c) w ogóle nie jestem w stanie

- 6) kąpię się w wannie:

a) sam(-a) b) z pomocą c) w ogóle nie jestem w stanie

- 7) ubieram się i rozbieram:

a) samodzielnie b) z pomocą innej osoby c) ubierany, rozbierany przez inną osobę

- 8) spożywam posiłki:

a) samodzielnie b) samodzielnie, ale z ograniczeniami (np. jem tylko jedną ręką, nie posługuję się wszystkimi sztucami itp.) c) jestem karmiony przez inną osobę,
d) inne.....

- 9) Kontroluję czynności wydalnicze:

a) tak b) nie c) nie zawsze d) inne, np. używam cewnika, stomii

6. Charakterystyka zdolności do poruszania się:

Proszę o zaznaczenie właściwej odpowiedzi:

- 1) Poruszam się po mieszkaniu:

a) samodzielnie, b) samodzielnie przy pomocy np.: laski, kul, balkoniku, na wózku inwalidzkim, inne - jakie? (proszę wskazać rodzaj pomocy),
c) jestem wożony na wózku przez inną osobę, d) tylko przy pomocy/asekuracji innej osoby, osób, e) w ogóle nie jestem w stanie chodzić po mieszkaniu - jestem osobą leżącą

- 2) Wychodzę z domu:

a) samodzielnie, b) samodzielnie przy pomocy np.: laski, kul itp., c) samodzielnie, ale w towarzystwie innej osoby, osób, d) przy pomocy sprzętu (np. na wózku inwalidzkim) i w towarzystwie innej osoby, osób, e) opuszczam mieszkanie przy pomocy transportu medycznego, f) w ogóle nie opuszczam mieszkania.

7. Charakterystyka zdolności do prowadzenia gospodarstwa domowego:

Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź

1) Mogę przygotować prosty posiłek:

a) samodzielnie, ale z trudnością, b) korzystam z częściowej pomocy innej osoby, c) nie jestem w stanie przygotować posiłku

2) Mogę zrobić codzienne porządki w mieszkaniu:

a) samodzielnie, ale z trudem, b) z pomocą, c) w ogóle nie jestem w stanie posprzątać mieszkania

3) Mogę zrobić zakupy:

a) samodzielnie, b) samodzielnie, ale tylko podstawowe, pierwszej potrzeby, c) w ogóle nie jestem w stanie zrobić zakupów

8. Charakterystyka zdolności do porozumiewania się z innymi ludźmi

Z poniżej podanych opisów proszę zaznaczyć wszystkie te które występują w Pana/Pani codziennym życiu:

1) Mam kłopoty ze słuchem:

a) tak b) nie

- jeśli tak, to jakie? (np. niedosłyszę, w ogóle nie słyszę, potrzebny mi aparat słuchowy itp.) _____

2) Mam problemy z mówieniem:

a) tak b) nie

– jeśli tak, to jakie? _____

3) Korzystam z innej formy komunikacji:

a) tak b) nie

– jeśli tak, to jakiej? _____

4) Mam kłopoty z rozumieniem innych osób;

a) tak b) nie

- jeśli tak, to na czym to polega? _____

5) Mam kłopoty z pamięcią:

a) tak b) nie

– jeśli, tak to na czym one polegają (np. o czym zapominam) _____

9. Charakterystyka sprawności narządu wzroku

Z poniżej podanych opisów proszę zaznaczyć te wszystkie, które dotyczą Pana/Pani:

1) Czytam / piszę:

a) bez użycia okularów (soczewek kontaktowych, lupy), b) bez trudności, ale przy pomocy okularów (soczewek, lupy), c) z trudnościami mimo korzystania z okularów (soczewek, lupy), d) posługując się alfabetem Braille’a, e) nie jestem w stanie czytać i pisać, nawet korzystając z pomocy sprzętu dla osób słabo widzących oraz nie posługuję się alfabetem Braille’a, f) inne - widzę dobrze, ale nie czytam i nie piszę z innych przyczyn – jakich? (np.: ze względu na upośledzenie umysłowe, braki w wykształceniu),

10. Charakterystyka wsparcia udzielanego przez środowisko społeczne, instytucje:

1) Czy korzysta Pan/Pani z pomocy innych osób i instytucji (np. rodziny zamieszkałej wspólnie lub oddzielnie, znajomych, sąsiadów, organizacji społecznych, ośrodka pomocy społecznej, domu pomocy społecznej)?

a) tak b) nie

Jeśli tak to, kto udziela pomocy? _____

Jaki jest to rodzaj pomocy (czy jest to pomoc finansowa, żywnościowa, usługowa, rzeczowa, inna)? _____

11. Oczekiwania wobec usług świadczonych w COM:

Ja niżej podpisany/na oświadczam, iż podane przeze mnie informacje są prawdziwe.

(czytelny podpis)

Sępólno Krajeńskie, dnia _____ 20__ roku.