

ZARZĄDZENIE NR 306/18
PREZYDENTA MIASTA SZCZECIN
z dnia 13 lipca 2018 r.

**w sprawie wzoru formularza wniosku wraz z załącznikami o przyznanie świadczenia
pieniężnego "Bon opiekuńczy: Alzheimer 75" oraz kwestionariusza ankiety**

Na podstawie art. 30 ust. 1 i ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2018 r. poz. 994 i 1000) oraz § 3 ust. 7 Zasad przyznawania i wysokości świadczenia pieniężnego „Bon opiekuńczy: Alzheimer 75”, stanowiących załącznik do uchwały nr XLI/1194/18 Rady Miasta Szczecin z dnia 22 maja 2018 r. w sprawie wprowadzenia na terenie Gminy Miasto Szczecin świadczenia pieniężnego "Bon opiekuńczy: Alzheimer 75" (Dz. Urz. Woj. Zachodniopomorskiego z 2018 r. poz. 2805) **zarządzam, co następuje:**

§ 1. 1. Ustala się wzór formularza wniosku o ustalenie prawa do świadczenia pieniężnego „Bon opiekuńczy: Alzheimer 75” wraz z oświadczeniami, w brzmieniu stanowiącym Załącznik Nr 1 do Zarządzenia.

2. Ustala się wzór kwestionariusza ankiety, w brzmieniu stanowiącym Załącznik Nr 2 do Zarządzenia.

§ 2. Wykonanie zarządzenia powierza się Dyrektorowi Wydziału Spraw Społecznych Urzędu Miasta Szczecin.

§ 3. Nadzór nad realizacją zarządzenia powierza się Zastępcy Prezydenta Miasta ds. społecznych.

§ 4. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Prezydent Miasta

Piotr Krzystek

WNIOSEK
O USTALENIE PRAWA DO ŚWIADCZENIA PIENIĘŻNEGO
„BON OPIEKUŃCZY: ALZHEIMER 75”

Proszę wypełnić czytelnie, drukowanymi literami.

Część I - dane osobowe

1. Dane Opiekuna (osoby ubiegającej się o ustalenie prawa do świadczenia pieniężnego):

Imię/ imiona:		Nazwisko:	
Numer PESEL ^{*)}		Data urodzenia:	
Stan cywilny:		Obywatelstwo:	
Stopień pokrewieństwa z Seniorem:			
Miejsce zamieszkania			Nr telefonu:
Miejscowość:		Kod pocztowy:	
Ulica:	Nr domu:	Nr mieszkania:	
Nr rachunku bankowego Opiekuna:			
.....			

2. Dane Seniora (osoby chorej na chorobę Alzheimera, która ukończyła 75 lat):

Imię / imiona:		Nazwisko:	
Numer PESEL ^{*)}		Data urodzenia:	
Stan cywilny:		Obywatelstwo:	
Miejsce zamieszkania (jeżeli jest inny niż Opiekuna)			
Miejscowość:		Kod pocztowy:	
Ulica:	Nr domu:	Nr mieszkania:	

^{*)} w przypadku osób, którym nie nadano numeru PESEL wpisać serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (np.: numer paszportu)

Część II - Oświadczenia służące ustaleniu uprawnień do świadczenia pieniężnego

1. Oświadczam, że dane osobowe w części I wniosku, dotyczące Opiekuna oraz Seniora są zgodne z prawdą.

.....
(data i czytelny podpis Opiekuna)

2. Oświadczam, że Senior nie przebywa w placówce (instytucji) zapewniającej opiekę całodobową, zarówno publicznej, jak i niepublicznej.

.....
(data i czytelny podpis Opiekuna)

3. Oświadczam, że Senior, tj. Pan/Pani mieszka na terenie Gminy Miasto Szczecin.

.....
(data i czytelny podpis Opiekuna)

4. Oświadczam, że mieszkam na terenie Gminy Miasto Szczecin.

.....
(data i czytelny podpis Opiekuna)

5. Oświadczam, że udzielam wsparcia i opieki Seniorowi, tj. Panu/Pani.....

.....

.....
(data i czytelny podpis Opiekuna)

6. Oświadczenie o stopniu pokrewieństwa Opiekuna z Seniorem:

Ja,
(imię i nazwisko Opiekuna)

zamieszkała(y) ,
(dokładny adres zamieszkania Opiekuna)

legitymująca(y) się dokumentem ,
(seria i nr dowodu osobistego lub nazwa i numer innego dokumentu
potwierdzającego tożsamość Opiekuna)

w związku z ubieganiem się o ustanowienie prawa do świadczenia pieniężnego „Bon opiekuńczy: Alzheimer 75” oświadczam, że:

Pani/ Pan
(imię i nazwisko Seniora)

zamieszkała(y) ,
(dokładny adres zamieszkania Seniora)

jest moim
(podać stopień pokrewieństwa z Seniorem nad którym sprawowana jest opieka)

.....
(data i czytelny podpis Opiekuna)

7. Oświadczenie o wyrażeniu zgody na udział w badaniach ankietowych:

W związku z ubieganiem się o świadczenie pieniężne „Bon opiekuńczy: Alzheimer 75” wyrażam zgodę na udział w badaniach mających na celu zdiagnozowanie sytuacji opiekuńczej osób starszych chorych na chorobę Alzheimera.

.....
(data i czytelny podpis Opiekuna)

Załączniki

Do wniosku należy załączyć następujące dokumenty :

- 1) zaświadczenie od lekarza psychiatrii lub neurologa, że Senior jest pod opieką poradni zdrowia psychicznego lub/i neurologicznej lub/i psychiatrycznego zespołu leczenia środowiskowego, zawierające informację dotyczącą rozpoznania choroby Alzheimera, z określeniem jednostki chorobowej;
- 2) dowód ustanowienia opieki nad Seniorem, jeśli w tym zakresie zostało wydane orzeczenie sądu;
- 3) wypełniony kwestionariusz ankiety.

Część III - Podstawowe informacje nt. świadczenia „Bon opiekuńczy: Alzheimer 75”:

1. Bon przysługuje Opiekunowi (małżonek, dziecko, wnuk, rodzic, rodzeństwo, syn, zięć), zamieszkującemu na terenie Gminy Miasto Szczecin, udzielającemu wsparcia i opieki Seniorowi, który to Senior spełnia następujące łączne warunki:

a) zamieszkuje na terenie Gminy Miasto Szczecin;

b) jest objęty świadczeniami zdrowotnymi, finansowanymi ze środków publicznych, realizowanymi w poradni zdrowia psychicznego lub w ramach zespołów psychiatrycznych leczenia środowiskowego, bądź też w poradni neurologicznej i ma zdiagnozowaną chorobę Alzheimera w ramach leczenia w tych podmiotach;

c) nie jest objęty opieką placówki (instytucji) zarówno publicznej, jak i niepublicznej, zapewniającej opiekę całodobową.

2. Wnioski przyjmowane będą w dwóch okresach:

a) dla pierwszej transzy w okresie od 16 lipca 2018 do 17 sierpnia 2018 r.;

b) dla drugiej transzy od 17 września 2018 do 19 października 2018 r.

3. Świadczenie wypłacane będzie w dwóch transzach po 1000 zł w następujących terminach:

a) pierwsza transza – od 17 do 28 września 2018 r. - wypłacona zostanie Opiekunowi, który złoży wniosek wraz z wymaganymi dokumentami do dnia 17 sierpnia 2018 r. i zostanie zakwalifikowany do uzyskania świadczenia;

b) druga transza – od 19 do 30 listopada 2018 r. – wypłacona zostanie Opiekunowi, który uzyskał prawo do świadczeń w ramach pierwszej transzy, a sytuacja opiekuńcza nie uległa zmianie oraz osobom, które złożyły wniosek w terminie od 17 września 2018 do 19 października 2018 r. i zostały zakwalifikowane do uzyskania świadczenia.

4. Świadczenie będzie wypłacane na rachunek bankowy wskazany przez Opiekuna we wniosku o przyznanie Bonu.

5. W przypadku złożenia nieprawidłowo wypełnionego wniosku lub niedołączenia do wniosku wymaganych dokumentów, wzywa się pisemnie Opiekuna do poprawienia wniosku lub uzupełnienia wniosku o wymagane dokumenty w wyznaczonym terminie licząc od dnia otrzymania wezwania. Niezastosowanie się do wezwania lub złożenie wniosku poza terminem wskazanym w pkt 2 skutkuje pozostawieniem wniosku bez rozpoznania.

6. W przypadku zbiegu prawa do uzyskania Bonu przez Opiekunów, przysługuje ono Opiekunowi, który jako pierwszy złoży kompletny i prawidłowy wniosek o przyznanie Bonu.

7. W przypadku ustanowienia opiekuna prawnego dla Seniora ma on pierwszeństwo do Bonu, przed Opiekunem o którym mowa w pkt 6.

8. Opiekun traci prawo do Bonu w przypadku:

a) podania nieprawdziwych danych we wniosku lub załącznikach o przyznanie Bonu;

b) w przypadku zgonu Seniora, przed wypłatą którejkolwiek transzy;

c) złożenia wniosku o zaprzestanie płatności świadczenia;

d) objęcia Seniora opieką w całodobowej placówce opiekuńczej (instytucji) publicznej lub niepublicznej, zapewniającej opiekę całodobową, przed wypłatą którejkolwiek transzy;

e) wystąpienia innych okoliczności mogących mieć wpływ na wypłatę Bonu.

9. Opiekun zobowiązany jest poinformować Prezydenta Miasta Szczecin o każdym z przypadków, o których mowa w pkt 8, ppkt b, d i e, nie później niż w ciągu 10 dni od dnia ich wystąpienia.

10. Przyznanie Bonu następuje w drodze decyzji administracyjnej wydanej przez Prezydenta Miasta Szczecin lub inną upoważnioną osobę.

11. Osoba, która pobrała nienależnie świadczenie jest obowiązana do jego zwrotu.

12. O konieczności zwrotu nienależnie pobranych świadczeń orzeka się w drodze decyzji administracyjnej.

Szczegółowe zasady przyznania świadczenia określa uchwała nr XLI/1194/18 Rady Miasta Szczecin z dnia 22 maja 2018 r. w sprawie wprowadzenia na terenie Gminy Miasto Szczecin świadczenia pieniężnego "Bon opiekuńczy: Alzheimer 75" (Dz. Urz. Woj. Zachodniopomorskiego z 2018 r. poz. 2805)

Część IV - Ochrona danych osobowych / RODO

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Urząd Miasta Szczecin z siedzibą przy al. Armii Krajowej 1 w Szczecinie, na którym spoczywa obowiązek informacyjny w przypadku zbierania danych osobowych, zgodnie z art. art. 13, 14 i 15 rozporządzenia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych), zwanego dalej RODO.

2. Na podstawie art. 6 ust. 1 pkt b) oraz art. 9 ust. 2 pkt b) RODO Urząd Miasta Gminy Miasto Szczecin przetwarza dane osobowe wrażliwe oraz dane osobowe niewrażliwe, niezbędne do realizacji świadczenia pieniężnego „Bon opiekuńczy: Alzheimer 75”, a także czynności związanych z udziałem w badaniach ankietowych mających na celu zdiagnozowanie sytuacji opiekuńczej osób starszych chorych na chorobę Alzheimera. Niepodanie danych w zakresie wymaganym przez administratora skutkuje niemożliwością przyznania powyższego świadczenia.

3. Inspektorem ochrony danych jest Urząd Miasta Gminy Miasto Szczecin

Dane kontaktowe:

Inspektor ochrony danych:

Urząd Miasta Szczecin

pl. Armii Krajowej 1

70-456 Szczecin,

telefon: 914245702,

e-mail: iod@um.szczecin.pl

4. Każdemu przysługuje prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych oraz prawo do ich sprostowania w zakresie uregulowanym powyższym zarządzeniem RODO.

5. Każdy ma prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego - Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzasadnione jest, iż dane osobowe przetwarzane są przez administratora niezgodnie z przepisami RODO.

Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z zapisami uchwały określającymi zasady przyznawania świadczenia pieniężnego „Bon opiekuńczy: Alzheimer 75” oraz informacją dotyczącą ochrony danych osobowych.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis Opiekuna)

ANKIETA

Zwracamy się do Państwa z prośbą o wypełnienie poniższej ankiety. Celem badania jest rozpoznanie sytuacji osób chorych na chorobę Alzheimera. Uzyskane dane będą wykorzystywane wyłącznie w celu przygotowania programów wsparcia dla osób starszych oraz ich opiekunów przez Gminę Miasto Szczecin oraz w celach naukowych. Badanie jest anonimowe. Ankieta zostanie odłączona od wniosku.

Prosimy o uzupełnienie lub zaznaczenie właściwej odpowiedzi.

1. Wiek osoby starszej chorej na chorobę Alzheimera
a) Płeć osoby starszej chorej na chorobę Alzheimera: a) Kobieta; b) Mężczyzna
2. Wiek opiekuna składającego wniosek
a) Płeć opiekuna składającego wniosek: a) Kobieta; b) Mężczyzna
3. Stopień pokrewieństwa opiekuna składającego wniosek
.....
4. Jak długo opiekuje się Pan/Pani osobą chorą na chorobę Alzheimera?
5. Kiedy zdiagnozowana została choroba Alzheimera? (miesiąc i rok)
6. Jaki kod choroby Alzheimera został wpisany przez lekarza na zaświadczeniu dołączonym do wniosku o bon:
a) F00.0/ G30.0 b) F00.1/ G30.1 c) F00.2/ G30.8 d) F00.9/ G30.9
9. Ile godzin dziennie opiekuje się Pan/Pani osobą chorą na chorobę Alzheimera?
10. Czy jest Pan/Pani aktywny/a zawodowo: a) Tak; b) Nie
11. Czy świadczenie emerytalne/rentowe osoby starszej, chorej na chorobę Alzheimera wystarcza aby pokryć koszty opieki?
a) zdecydowanie tak; b) raczej tak; c) raczej nie; d) zdecydowanie nie; e) nie wiem
12. Wysokość świadczenia emerytalnego/rentowego osoby starszej chorej na chorobę Alzheimera wynosi:
a) do 1000 zł; b) od 1001 zł do 1800 zł; c) od 1801 zł do 2600 zł; d) powyżej 2601 zł.
13. Proszę określić stan swojego zdrowia (opiekuna)
a) bardzo dobry; b) dobry; c) średni; d) zły; e) bardzo zły
14. Ile osób mieszka razem z osobą starszą chorą na chorobę Alzheimera?
15. Ile osób jest zaangażowanych w opiekę nad osobą starszą chorą na chorobę Alzheimera?
.....

16. Jaki jest stopień zaangażowania osób bliskich w pomoc osobie starszej chorej na chorobę Alzheimera?

Stopień zaangażowania	Bardzo wysoki	Wysoki	Średni	Niski	Bardzo niski
Żona/Mąż					
Siostra					
Brat					
Córka					
Syn					
Synowa					
Zięć					
Wnuczka					
Wnuczek					
Ktoś inny, Kto?					

17. Czy w związku z koniecznością opieki ktoś z członków rodziny zmuszony był zawiesić lub ograniczyć stale lub czasowo aktywność zawodową? **a) Tak, b) Nie**

18. Czy bierze Pan/Pani pod uwagę możliwość umieszczenia osoby starszej chorej na chorobę Alzheimera w placówce zapewniającej całodobową opiekę np. w Domu Pomocy Społecznej, Domu Opieki, Domu Seniora?

a) tak; b) raczej tak; c) raczej nie; d) zdecydowanie nie; e) nie mam zdania

19. W jakich czynnościach osoba starsza chora na chorobę Alzheimera wymaga pomocy i w jakim stopniu jest samodzielna?

Czynności	Samodzielna	Potrzebuje wsparcia	Zupełnie niesamodzielna
Mycie			
Korzystanie z toalety			
Zmiana pieluch			
Ubieranie i rozbieranie			
Jedzenie			
Sprzątanie			
Przygotowanie posiłku			
Podawanie leków			
Pomoc w zakładaniu protezy			
Wstawanie z łóżka/siadanie			
Przemieszczanie się w domu			
Wchodzenie i schodzenie po schodach			
Przemieszczanie się po okolicy			

20. Czy opiekę sprawuje Pan/Pani sam/a, czy też korzysta Pan/Pani z poniższych form pomocy, np.: sektora ochrony zdrowia, pomocy społecznej, firm lub osób świadczących usługi opiekuńcze? Jeśli tak, to w jakim wymiarze i czy jest Pan/Pani zadowolony/a z usług?

	Tak/Nie	Częstotliwość	Poziom satysfakcji (0-10)*
Pielęgniarka środowiskowa (POZ)			
Pielęgniarka opieki długoterminowej			
Pielęgniarka prywatnie			
Opiekunka MOPR			
Opiekunka prywatnie			
Pomoc sąiedzka			
inne			

*"0" oznacza najmniejszą satysfakcję z poziomu, zakresu i jakości usługi, a 10 pełną satysfakcję.

21. Czy w związku z chorobą osoby starszej chorej na chorobę Alzheimera dokonane zostały specjalne jednorazowe zakupy (np. zakup wózka, łóżka, materaca przeciwośluzowego itp.)? Jeżeli tak, to jakie?

.....

22. Jakiego rodzaju wydatki bieżące związane z opieką nad osobą chorą na Alzheimera najbardziej obciążają budżet rodziny?

.....

23. Czy w domu zostały przeprowadzone jakieś remonty, modernizacje pod kątem ułatwienia opieki, poruszania się seniora, zabiegów higienicznych. (np. podjazd na wózek, winda lub wyciągarka do wózka, adaptacja łazienki, uchwyty na korytarzach, poszerzanie otworów drzwiowych, zabezpieczenie okien itp.)? Jeżeli tak, to jakie?

.....

24. Czy zgadza się Pan/Pani, ze stwierdzeniem, że świadczenie pieniężne „Bon opiekuńczy: Alzheimer 75”, to dobra inicjatywa, która jest wsparciem dla opiekunów osób chorych na Alzheimera.

a) tak; b) raczej tak; c) raczej nie; d) zdecydowanie nie; e) nie mam zdania

25. Czy zgadza się Pan/Pani, ze stwierdzeniem, że osoba chora na Alzheimera powinna móc pozostać w domu jak najdłużej, przy odpowiednim wsparciu rodziny.
- a) tak; b) raczej tak; c) raczej nie; d) zdecydowanie nie; e) nie mam zdania
26. W jaki sposób uzyskiwał/a Pan/Pani wiedzę z zakresu opieki nad osobą chorą na chorobę Alzheimera?
- a) od lekarzy
b) od pielęgniarek
c) od opiekunów profesjonalnych
d) czasopisma i książki specjalistyczne
e) sam/a się uczyłem/uczyłam
f) od członków rodziny
g) Internet
h) inne
27. Jakiego rodzaju pomocą pozafinansową w opiece nad osobą starszą byłby Pan/Pani zainteresowany/a?:
- a) opieka wytchnieniowa czyli możliwość pozostawienia osoby chorej pod opieką na 1–2 tygodnie
b) możliwość pozostawienia osoby chorej pod opieką na kilka godzin dziennie 1–2 razy w tygodniu;
c) szkolenia z zakresu opieki nad osobą chorą;
d) spotkania z innymi opiekunami (grupy wsparcia);
e) możliwość konsultacji psychologiczno – terapeutycznych;
f) przydzielenie opiekuna, który pomagałby w domu w opiece nad chorym
g) pomoc wolontariuszy;
h) dzienny ośrodek wsparcia – jeżeli tak, to w jakich godzinach;
i) inne
28. Gmina Miasto Szczecin jako pierwsza w Polsce, z myślą o osobach starszych chorych na chorobę Alzheimera oraz ich opiekunach przygotowała świadczenie pieniężne „Bon opiekuńczy: Alzheimer 75”. Prosimy o inne spostrzeżenia dotyczące wsparcia osób chorych na chorobę Alzheimera, które Pani/Pana zdaniem powinny zostać wzięte pod uwagę.
-
.....
.....
.....

Dziękujemy za wypełnienie kwestionariusza!

Dokument podpisany bezpiecznym podpisem elektronicznym

Podpis: Signature-2069998902

Imię: PIOTR

Nazwisko: KRZYTEK

Instytucja: URZĄD MIASTA SZCZECIN

Województwo: zachodniopomorskie

Miejscowość: Szczecin

Data podpisu: 13 lipca 2018 r.

Zakres podpisu: Cały dokument