

## **Regulamin realizacji II Modułu programu osłonowego „Korpusu Wsparcia Seniorów w mieście Słupsku” na rok 2024**

### **Rozdział I: Postanowienia ogólne**

**Ilekroć w Regulaminie jest mowa o:**

1. **Regulaminie** - należy przez to rozumieć niniejszy Regulamin.
2. **Programie** - należy przez to rozumieć program osłonowy „Korpus Wsparcia Seniorów w mieście Słupsku” na rok 2024 przyjęty do realizacji uchwałą Rady Miejskiej w Słupsku nr LXIX/968/24 z dnia 28.02.2024 r.
3. **Module II** - należy przez to rozumieć Moduł II, o którym mowa w programie osłonowym „Korpus Wsparcia Seniorów w mieście Słupsku” na rok 2024, którego celem jest poprawa bezpieczeństwa oraz możliwości samodzielnego funkcjonowania w miejscu zamieszkania osób w wieku 60 lat i więcej przez dostęp do tzw. „opieki na odległość”.
4. **Seniorach** - należy przez to rozumieć osoby wieku 60 lat i więcej, i lub korzystające z „opaski bezpieczeństwa”, zamieszkujące na terenie miasta Słupska, które mają problemy z samodzielnym funkcjonowaniem ze względu na stan zdrowia, prowadzący samodzielne gospodarstwa domowe lub mieszkający z osobami bliskimi, które nie są w stanie zapewnić im wystarczającego wsparcia.
5. **Pracownikach socjalnych** - należy przez to rozumieć pracowników socjalnych Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Słupsku.
6. **Ankiecie rekrutacyjnej Seniora** - należy przez to rozumieć ankietę, którą pracownik socjalny Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie przekazuje do wypełnienia lub pomaga w jej wypełnieniu Seniorowi w miejscu jego zamieszkania, w której określa się dane niezbędne do kwalifikacji Seniora do programu oraz szczegółowy zakres usługi wsparcia.

7. **Opiece na odległość** - należy przez to rozumieć nowoczesną formę sprawowania opieki nad Seniozem poprzez korzystanie z „opaski bezpieczeństwa”.
8. **Opasce bezpieczeństwa** - należy przez to rozumieć urządzenie do monitorowania czynności życiowych i komunikacji z Seniozem.
9. **Karcie informacyjna użytkownika opaski** - należy przez to rozumieć informacje dotyczące zdrowia Seniora.
10. **Protokole** - należy przez to rozumieć protokół przekazania opaski bezpieczeństwa.
11. **Ośrodki** - należy przez to rozumieć Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Słupsku, ul. Słoneczna 15 D.

## **Rozdział II: Informacje ogólne**

1. Program jest finansowany w 80% przez Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej ze środków finansowych pochodzących z dotacji celowej budżetu państwa oraz 20% wkładu własnego Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Słupsku. Program został przyjęty do realizacji uchwałą nr LXIX/968/24 z dnia 28.02.2024 r. w sprawie przyjęcia i przystąpienia przez Miasto Słupsk do realizacji programu osłonowego „Korpus Wsparcia Seniorów w mieście Słupsk” na rok 2024 r.
2. Program dostępny jest na stronie: [https://bip.um.slupsk.pl/rada\\_miejska/uchwaly\\_rady\\_miejskiej/37160.html](https://bip.um.slupsk.pl/rada_miejska/uchwaly_rady_miejskiej/37160.html)
3. Osobami do kontaktu w sprawie Programu są pracownicy Działu Analiz i Projektów Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Słupsku, dostępni pod numerem telefonu: 59-814-28-14 w godzinach od 8:00 do 15:00, e-mail: a.homerda@mopr.slupsk.pl.

### **Rozdział III: Zakres programu**

1. Program obejmuje swoim zakresem Moduł II, mający na celu poprawę bezpieczeństwa oraz możliwości samodzielnego funkcjonowania w miejscu zamieszkania osób starszych przez dostęp do tzw. „opieki na odległość”.

### **Rozdział IV: Rekrutacja i zasady korzystania z usługi teleopieki**

1. Do programu kwalifikują się osoby spełniające jednocześnie poniższe warunki:
  - 1) w wieku 60+, mieszkające na terenie Miasta Słupska,
  - 2) prowadzące jednoosobowe gospodarstwo domowe lub mieszkające z osobami bliskimi, które nie są w stanie zapewnić im wystarczającego wsparcia oraz osoby mające problemy z samodzielnym funkcjonowaniem ze względu na stan zdrowia.
2. Seniorzy zainteresowani udziałem w programie mogą składać telefonicznie u pracownika socjalnego Działu Analiz i Projektów 59- 814-28-14, e-mailowo: [a.homerda@mopr.slupsk.pl](mailto:a.homerda@mopr.slupsk.pl), osobiście w siedzibie Ośrodka pod adresem: Słupsk, ul. Słoneczna 15D.
3. Ośrodek zapewnia Seniorowi dostęp do bezpłatnej usługi korzystania z „opaski bezpieczeństwa”, a w tym:
  - 1) użyczenie opaski bezpieczeństwa,
  - 2) całodobowy monitoring i rejestrację sygnałów alarmowych,
  - 3) przyjmowanie zgłoszeń od osób objętych usługą,
  - 4) udzielenie wsparcia polegającego na wezwaniu właściwych służb, rodziny lub innych osób wskazanych do kontaktu.
4. „Opaska bezpieczeństwa” wyposażona będzie w:
  - 1) przycisk bezpieczeństwa - sygnał SOS,
  - 2) dwustronna komunikacja głosowa,
  - 3) monitoring pulsu,
  - 4) detektor upadku,
  - 5) czujnik zdjęcia opaski,
  - 6) lokalizator GPS.

5. Podstawą otrzymania „opaski bezpieczeństwa” po zakwalifikowaniu się do udziału w Programie będzie złożenie ankiety rekrutacyjnej seniora oraz karty informacyjnej użytkownika opaski.
6. Przekazanie opaski Seniorowi odbywa się w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie ul. Słoneczna 15 D lub w miejscu zamieszkania Seniora.
7. Senior może zrezygnować z usługi poprzez złożenie rezygnacji:
  - 1) osobiście w siedzibie Ośrodka przy ul. Słonecznej 15 D, w pokoju nr 209,
  - 2) telefonicznie, pod numerem: 59 814 -28 -14,
  - 3) e-mailowo: a.homerda@mopr.slupsk.pl.

## **Rozdział V: Obowiązki Seniora korzystającego z „opaski bezpieczeństwa”**

1. Senior zobowiązuje się do:
  - 1) używania opaski zgodnie z jej przeznaczeniem,
  - 2) nieprzekazywania opaski osobom trzecim,
  - 3) niezwłocznego zgłoszenia awarii lub uszkodzenia opaski pracownikowi socjalnemu,
  - 4) regularnego ładowania i noszenia bransoletki życia przez seniora,
  - 5) zdejmowania bransoletki życia podczas kontaktu z wodą,
  - 6) niezwłocznego poinformowania pracownika socjalnego o awarii lub nieprawidłowego działania opaski bezpieczeństwa.
2. W przypadku śmierci Seniora osoba, która jest wpisana w Kartę informacyjną jako osoba do kontaktu zobowiązana jest do poinformowania pracownika socjalnego o zaistniałej sytuacji.
3. W przypadku pilnego zgłoszenia zagrożenia życia wymagającego natychmiastowej pomocy - korzystający ma prawo upoważnić osobę do otwarcia drzwi do swojego mieszkania, która zgodnie z przekazanymi informacjami jest wpisana w Kartę informacyjną stanowiącą załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu i posiada klucz do mieszkania osoby Korzystającej.

## **Rozdział VI: Zasady odpowiedzialności Seniora korzystającego z „opaski bezpieczeństwa”**

1. „Opaska bezpieczeństwa” podlega zwrotowi w stanie niepogorszonym.
2. Przez stan niepogorszony rozumie się stan w jakim opaska znajdowała się w chwili przekazania Seniorowi, z wyjątkiem zmian powstałych w wyniku użytkowania opaski zgodnie z jej przeznaczeniem.
3. Zwrot opaski następuje po zgłoszeniu przez Seniora rezygnacji.
4. Senior nie ponosi odpowiedzialności za uszkodzenia opaski w następstwie siły wyższej, zdarzenia zewnętrznego niemożliwego do przewidzenia lub w przypadku awarii opaski.

## **Rozdział VII: Postanowienia końcowe**

1. Senior jest zobowiązany do przestrzegania postanowień niniejszego Regulaminu.
2. Regulamin jest dostępny na stronie <https://mopr.slupsk.pl/>.
3. Ośrodek zastrzega sobie prawo do zmian w Regulaminie. Informacje o ewentualnych zmianach zostaną zamieszczone na stronie internetowej Ośrodka <https://mopr.slupsk.pl/>.
4. Integralną część niniejszego Regulaminu stanowią załączniki:
  - 1) Ankieta rekrutacyjna w ramach programu „Korpusu Wsparcia Seniorów w mieście Słupsku” na rok 2024 (załącznik nr 1).
  - 2) Karta informacyjna użytkownika opaski Comarch e- Care (załącznik nr 2).
  - 3) Protokół przekazania sprzętu (załącznik nr 3).

DYREKTOR  
Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie  
w Słupsku  
Marcin Tröder





Ministerstwo Rodziny,  
Pracy i Polityki Społecznej

Słupsk

**Ankieta rekrutacyjna seniora w ramach realizacji programu ośtonowego  
„Korpusu Wsparcia Seniorów w mieście Słupsku” na rok 2024****DANE SENIORA**

|                 |  |
|-----------------|--|
| IMIĘ I NAZWISKO |  |
| PESEL           |  |

**DANE KONTAKTOWE**

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| ULICA I NR                    |  |
| KOD POCZTOWY<br>I MIEJSCOWOŚĆ |  |
| NR TELEFONU                   |  |

**SYTUACJA RODZINNA I MIESZKANIOWA: (zaznacz właściwe)**

|                                                                                      |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| ZAMIESZKUJĘ SAMOTNIE                                                                 | Tak / Nie |
| ZAMIESZKUJE Z OSOBĄ, KTÓRA NIE<br>JEST W STANIE ZAPEWNIĆ<br>WYSTARCZAJĄCEGO WSPARCIA | Tak / Nie |

**SYTUACJA ZDROWOTNA: (zaznacz właściwe)**

|                             |                                                    |
|-----------------------------|----------------------------------------------------|
| Osoba z niepełnosprawnością | Tak / Nie                                          |
| Orzeczenie w stopniu        | Lekkim / umiarkowanym / znacznym/<br>inne<br>..... |

**Przystępuję do udziału w Module II poprzez korzystanie z „opaski bezpieczeństwa”**

TAK

☐

NIE

☐

Przetwarzanie danych osobowych -klauzula informacyjna:

1. Administratorem danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Słupsku ul. Stoneczna 15d, 76-200 Słupsk. Inspektorem Ochrony Danych jest Piotr Szumko, kontakt: e-mail [iod@mopr.slupsk.pl](mailto:iod@mopr.slupsk.pl)
2. Administrator danych przetwarza dane osobowe w celu prowadzenia dokumentacji związanej zawarciem i wykonaniem umowy oraz w celu ewentualnego zabezpieczenia lub dochodzenia roszczeń lub obrony przed roszczeniami.



Ministerstwo Rodziny,  
Pracy i Polityki Społecznej



Słupsk

3. Podstawą przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit b) i f) 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) w związku z przepisami Kodeksu cywilnego oraz dotyczącymi finansów publicznych (Dz.U.UE.L z 2019 poz.730).
4. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak ich podanie jest warunkiem zawarcia i realizacji umowy.
5. Dane osobowe przetwarzane będą przez okres niezbędny do realizacji umowy, obowiązku archiwizowania dokumentacji oraz do upływu okresu przedawnienia roszczeń wynikających z zawartej umowy.
6. Odbiorcami danych osobowych są osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa, w szczególności na podstawie przepisów o dostępie do informacji publicznej.
7. Osoby, których dane osobowe są przetwarzane, posiadają prawo dostępu do danych osobowych dotyczących ich osoby, ich sprostowania, żądania ograniczenia przetwarzania z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO.
8. Osoby, których dane osobowe są przetwarzane, nie przysługuje prawo do usunięcia danych, prawo do przenoszenia danych oraz prawo sprzeciwu przez czas realizacji czynności określonych w ust. 3.
9. Osoby, których dane osobowe są przetwarzane mają prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
10. Dane osobowe, które są przetwarzane przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Słupsku nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
11. Dane osobowe Podopiecznych oraz osób do kontaktu, o których mowa w Kartach Informacyjnych Podopiecznych udostępnione będą Operatorowi usługi Monitoringu Teleopiekuńczego Podopiecznych - Comarch Healthcare S.A., który stanie się Administratorem danych i będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Usługi (podstawę prawną przetwarzania danych stanowi: art. 9 ust. 2 lit h) RODO tj. przetwarzanie jest niezbędne do celów profilaktyki zdrowotnej lub medycyny pracy, do oceny zdolności pracownika do pracy, diagnozy medycznej, zapewnienia opieki zdrowotnej lub zabezpieczenia społecznego, leczenia lub zarządzania systemami i usługami opieki zdrowotnej lub zabezpieczenia społecznego na podstawie prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego lub zgodnie z umową z pracownikiem służby zdrowia, w związku z art. 24 ust. 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta i art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej oraz art. 6 ust. 1 lit c) RODO tj. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze w związku z art. 29 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta).

.....  
(Data i podpis seniora)

Zapoznałem/zapoznałam się z treścią Regulaminu realizacji programu „Korpus Wsparcia Seniorów w mieście Słupsku” na rok 2024 realizowanego przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Słupsku

.....  
(data i podpis seniora)

## KARTA INFORMACYJNA

### Dane osobowe Użytkownika

#### Użytkownik

|                                                                     |                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| Imię                                                                | Nazwisko                                                        |
| nr PESEL lub nazwa, seria i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość | Telefon kontaktowy                                              |
| Numer seryjny opaski                                                |                                                                 |
| Dane osoby do kontaktu                                              |                                                                 |
| Imię*                                                               | Klucz <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| Nazwisko*                                                           |                                                                 |
| Nr telefonu #1*                                                     | Nr telefonu #2*                                                 |
| Stopień pokrewieństwa*                                              | Inne                                                            |

|                                                                                     |                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| Osoba, która pomaga na co dzień Użytkownikowi - sąsiad / pielęgniarka (Opcjonalnie) |                                                                 |
| Imię                                                                                | Klucz <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| Nazwisko                                                                            |                                                                 |
| Nr telefonu #1                                                                      | Nr telefonu #2                                                  |
| Stopień pokrewieństwa                                                               | Inne                                                            |

### Wywiad środowiskowy

|                                                                            |                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| 1. Czy mieszka Pan/Pani sam/a?                                             | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie        |
| 2. Czy mieszka Pan/Pani w:                                                 | <input type="checkbox"/> Dom <input type="checkbox"/> Mieszkanie |
| 3. Czy budynek posiada windę?                                              | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie        |
| 4. Czy aby dostać się do mieszkania, trzeba pokonać schody?                | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie        |
| 5. Czy jest Pan/Pani zadowolony ze stanu technicznego swojego mieszkania?  | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie        |
| 6. Czy do mieszkania można wjechać i poruszać się na wózku inwalidzkim?    | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie        |
| 7. W łazience jest piecyk gazowy?                                          | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie        |
| 8. Czy łazienka przystosowana jest dla osoby o niepełnej sprawności?*      | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie        |
| 9. Czy kuchnia przystosowana jest dla osoby o niepełnej sprawności?*       | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie        |
| 10. Czy w mieszkaniu może Pan/Pani liczyć na pomoc sąsiadów?*              | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie        |
| 11. Czy w okolicy jest dostęp do sklepów, komunikacji miejskiej, lekarza?* | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie        |
| 12. Czy w mieszkaniu domu znajduje się przedmiot koperta z życia?          | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie        |

(Proszę o wskazanie miejsca)

### Sprawność fizyczna

|                          |                   |
|--------------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> | sprawni fizycznie |
| <input type="checkbox"/> | kule/taska        |
| <input type="checkbox"/> | balconik          |
| <input type="checkbox"/> | wózek inwalidzki  |
| <input type="checkbox"/> | osoba leżąca      |

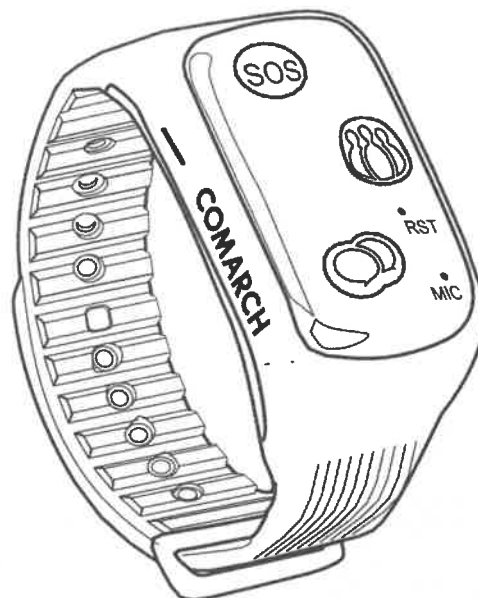
### Ocena stopnia samodzielności

|                          |                          |                                                                                              |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tak                      | Nie                      |                                                                                              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Czy potrzebuje Pan/Pani pomocy przy codziennych czynnościach (myję się, ubieram, je)?        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Czy robi Pan/Pani samodzielnie zakupy, chodzi do lekarza?                                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Czy spotyka się Pan/Pani ze znajomymi?                                                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Czy występują u Pana/Pani trudności w mówieniu, pisanu?                                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Czy ma Pan/Pani problemy z pamięcią? Czy jest Pan/Pani w stanie wrócić do domu samodzielnie? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Czy dobrze Pan/pani słyszy?                                                                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Czy używa aparatu słuchowego?                                                                |

### Aktywność fizyczna

|                          |                                                   |
|--------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Mala - nie wychodzi z domu                        |
| <input type="checkbox"/> | Średnia - wychodzi tylko w przypadku konieczności |
| <input type="checkbox"/> | Duża - aktywny, lubi ruch                         |

Opcjonalne istotne informacje o stylu życia Użytkownika



## Wywiad medyczny

Ogólne samopoczucie Użytkownika

☐ Dobre ☐ Średnie ☐ Złe

Jaki jest obecny stan zdrowia Użytkownika?

☐ Jest zdrowy

Choruje/ Zdiagnozowano u niego:

- |                                                           |                                               |                                                          |                                                |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Choroba wieńcowa, przebyty zawał | <input type="checkbox"/> Stan po udarze mózgu | <input type="checkbox"/> Operacje biodra                 | <input type="checkbox"/> Choroba nowotworowa   |
| <input type="checkbox"/> Nadciśnienie tętnicze            | <input type="checkbox"/> Niedowłady           | <input type="checkbox"/> Operacje w obrębie czaszki      | <input type="checkbox"/> Kłopoty z oddychaniem |
| <input type="checkbox"/> Zaburzenia pracy serca           | <input type="checkbox"/> Chorobę Parkinsona   | <input type="checkbox"/> Depresja                        | <input type="checkbox"/> Astma oskrzelowa      |
| <input type="checkbox"/> Rozrusznik                       | <input type="checkbox"/> Padaczka             | <input type="checkbox"/> Cukrzyca                        | <input type="checkbox"/> POCHP                 |
| <input type="checkbox"/> Niewydolność serca               | <input type="checkbox"/> Omdlenia/upadki      | <input type="checkbox"/> Problemy z przewodem pokarmowym |                                                |

Czy użytkownik przebył COVID-19?

Tak ☐

Nie ☐

Czy użytkownik został zaszczepiony przeciw COVID-19?

Tak ☐

Nie ☐

Obecnie przyjmowane leki przez Użytkownika (nazwa oraz miejsce przechowywania)

.....

.....

.....

Uczulenia, nietolerancje Użytkownika

.....

.....

.....

Opcjonalnie Inne istotne informacje o stanie zdrowia Użytkownika

.....

.....

.....

Podpis osoby wnioskującej o usługę teleopieki

Słupsk, dnia .....

### PROTOKÓŁ PRZEKAZANIA SPRZĘTU

Imię i nazwisko .....

Adres .....

**Uwaga!** Prosimy o dokładne sprawdzenie sprzętu. Podpisanie bez zgłaszania uwag nie pozwala na późniejsze powoływanie się na wady widoczne z zewnątrz.

| Lp. | Nazwa sprzętu | Nr urządzenia |
|-----|---------------|---------------|
| 1   | Opaska        | IMEI:         |
| 2   |               |               |
| 3   |               |               |
| 4   |               |               |
| 5   |               |               |
| 6   |               |               |
| 7   |               |               |
| 8   |               |               |
| 9   |               |               |
| 10  |               |               |
| 11  |               |               |

Uwagi:

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

\_\_\_\_\_  
Podpis Użyczającego

\_\_\_\_\_  
Podpis Biorącego w użyczenie

