

הוראות והודעות

מספר ההוראה: 14.8 (הוראה 8 לפרק 14 בתע"ס) מס' עמודים: 9

תאריך תחולה: 1.12.2012 תאריך פרסום: י"ב בטבת תשע"ג
25 בדצמבר 2012

סיוע במימון שרותים בקהילה לאדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית (פיגור שכלי) =====

1. כללי

1.1 הוראה זו מבטלת את ההוראה מיום 5.8.2012.

1.2 מטרת השרותים המפורטים בהוראה זו היא לאפשר לאדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית (פיגור שכלי) לקיים את אורח חייו במסגרת הקהילה והמשפחה הטבעית - ככל שניתן.

1.3 בהוראה זו מפורטים הסיוע במימון השרותים הניתנים לאדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית (פיגור שכלי) בביתו בקהילה.

א. מטפח לילד

ב. מטפל אישי

ג. מסייע שיקומי

ד. סייעת לשילוב ילדים חריגים במעונות יום ומשפחתונים רגילים.

ה. הסעה וליווי

2. אוכלוסיית היעד

אדם שועדת אבחון של האגף לטיפול באדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית (פיגור שכלי) קבעה שהוא אדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית (פיגור שכלי), בהתאם לחוק הטיפול באדם המפגר, תשכ"ט-1969.

3. סוגי השרותים

3.1 מטפח לילד

3.1.1 המטפח מסייע לילדים עם מוגבלות שכלית התפתחותית (פיגור שכלי) בגילאי 21-3, שלהם קשיי תפקוד בתחום האישי, החברתי או הלימודי, הוא מסייע באחד או יותר מהתחומים האלה: חיזוק הדימוי העצמי של הילד, הכוונה לסביבה חברתית חיובית, עידוד ליצירת קשר עם ילדים בני גילו, העשרת עולמו של הילד, חיזוק ההנעה ללימודים, הקניית מיומנויות יום-יומיות, הקניית הרגלי למידה, וסיוע בשיפור הקשר עם ההורים והאחים.

3.1.2 הנוקדות תקבע ע"י העו"ס המטפל עד להיקף של 30 שעות בחודש ועד חצי שנה

3.2 טיפול אישי

3.2.1 כאשר בבית המשפחה נמצא אדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית (פיגור שכלי) והמשפחה מתקשה בתפקוד עקב תשומות הזמן הרבות הנדרשות לטיפול בו, לחינוכו ולליווי, ניתן לאשר לו טיפול אישי.

3.2.2 הצורך יקבע ע"י העו"ס המטפל במשפחה לאחר ביקור בית. דו"ח ביקור הבית יפרט את מספר השעות שיש להקצות למשפחה, עד לתקרה של 30 שעות בחודש, ועד חצי שנה.

3.3 מסייע שיקומי

א. מסייע שיקומי מיועד לאדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית (פיגור שכלי) מעל גיל 21 באחד או יותר מהתחומים האלה: התמודדות בחיי היום-יום, ניהול משק הבית, השתלבות בקהילה, השתלבות בתעסוקה, מיצוי זכויות וקשר עם מוסדות בקהילה.

ב. מספר השעות המרבי: 30 שעות בחודש עד חצי שנה.

3.4 סייעת לשילוב ילדים חריגים במעונות יום ובמשפחתונים רגילים

3.4.1 העובד הסמך-מקצועי/ת מסייע/ת לילדים בגילאי לידה עד 3 שנים, בעלי נכות או מגבלה מולדת או נרכשת, פיסית, חושית או שכלית, שמצבם מאפשר את שילובם במסגרת של מעון יום או משפחתון לילדים רגילים תוך כדי קבלת עזרה אישית.

3.4.2 הנוהל לאישור והפעלת הסייעת ייעשה עפ"י הוראה 8.10 בתע"ס.

3.5 הוצאות נסיעה/הסעה לאנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית (פיגור שכלי)

באחריות הרשות המקומית להסיע אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית (פיגור שכלי) במצבים הבאים:

3.5.1 גילאי חצי שנה עד 3 שנים

בכפוף לחוק מעונות יום שיקומיים התש"ס-2000 ההסעה תהיה למעונות יום שיקומיים ובחזרה לביתם.

3.5.2 גילאי 3-21

באחריות מחלקת החינוך ברשות המקומית להסיע אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית (פיגור שכלי) למסגרות החינוכיות עפ"י חוק החינוך המיוחד תשמ"ח-1988 וחוק הסעה בטיחותית לילדים ולפעוטות עם מוגבלות התשמ"ד-1994.

3.5.3 גילאי 21+

א. האנשים ישולבו למסגרת יומית הקרובה ביותר לאזור מגוריהם, עפ"י רמתם ובהתאם לצרכיהם.

ב. אנשים המשולבים במע"ש ייסעו באופן עצמאי, למעט במקרים בהם:

- (1) אין בנמצא תחבורה ציבורית ישירה וסדירה למע"ש.
- (2) אנשים שאינם מסוגלים להגיע באופן עצמאי באמצעות תחבורה ציבורית למע"ש.

3.6 ליווי

הליווי מיועד לאנשים בגילאי +21 במרכז יום טיפולי סיעודי הנוקקים לליווי. הליווי יכול להינתן לבודד או לקבוצה.

4. השתתפות הורים והשתתפות עצמית

4.1 מטפח לילד

השתתפות הורים עבור מטפח לילד, בהתאם לטבלה להלן:

הכנסה ממוצעת לנפש בנ"ז	אחוז ההשתתפות מההוצאה למשפחה בה ילד אחד מקבל שרות מטפח	אחוז ההשתתפות מההוצאה למשפחה לכל ילד ממספר הילדים המקבל שרות מטפח
0 - 5	פטור	פטור
5.01 - 10	5%	5%
10.01 - 20	15%	10%
20.01 - 25	25%	15%
25.01 - 30	50%	25%
30.01 - 40	75%	50%
40.01 - ומעלה	100%	100%

4.2 טיפול אישי

א. השתתפות הורים לקטינים בטיפול אישי יהיה בגובה 25% מגמלת ילד נכה.

ב. מבוגרים מעל גיל 18 ישתתפו ב-50% מגובה קצבת שירותים מיוחדים.

ג. במקרים בהם ההוצאה הנדרשת לאחר סעיף 4.2 א' וב' היא גבוהה מההשתתפות האמורה, יערך חישוב זכאות בהתאם לכללי הזכאות, למשפחה/ למבוגר- בהתאם לכללים בהוראה 3.16 בתע"ס, ויצורף לסכום ההשתתפות שנקבע על פי סעיף 4.2 א' או ב' לעיל.

סך השתתפות הורים/המבוגר יהיה לפי סעיף 4.2א' או 4.2ב' וסעיף 4.2 ג'

4.3 מסייע שיקומי

אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית (פיגור שכלי) המקבלים גמלת שרותים מיוחדים, ישתתפו במימון השרות בגובה 50% מהגמלה.

4.4 סייעת לשילוב ילדים חריגים במעונות יום ומשפחתונים רגילים - אין השתתפות הורים.

4.5 הסעות וליווי

4.5.1 מינימום ההשתתפות העצמית תהיה בגובה חופשי חודשי/רב קו.

4.5.2 למקבלי קצבת ניידות - ההשתתפות תהיה עד 50% מגובה הגמלה המשולמת, אך לא יותר מ- 4.8 נ"ז, ולא יותר מעלות הנסיעה, ולא פחות מגובה חופשי חודשי/רב קו.

בכל מקרה, על המחלקה לשירותים חברתיים לברר האם הפונה מקבל קצבת נכות, קצבת ניידות, או גמלה לילד נכה מהמוסד לביטוח לאומי, קודם מתן האישור לשרות הנדרש.

השתתפות מרבית של המחלקה לשרותים חברתיים

ההשתתפות המרבית של המחלקה תהיה בהוצאות נסיעה והוצאות ליווי כדלקמן:

הגורם המאשר	השתתפות מירבית של המחלקה לש"ח בנ"ז	סוג השירות
המחלקה לש"ח	עד 8	נסיעות
המפקח המחוזי	מ-8 עד 12	נסיעות
המפקח הארצי	מ-12 עד 15	נסיעות
המחלקה לש"ח	עד 8	ליווי
מפקח מחוזי	מ-8 עד 12	ליווי

בקשה לאישור השתתפות המחלקה מעבר לסמכותה יועבר על גבי טופס "בקשה לאישור השתתפות חריגה למסגרת (נספח 1_1) למפקח המחוזי של האגף לטיפול באדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית (פיגור שכלי). המפקח המחוזי יבחן את הבקשה ויתן את החלטתו במסגרת סמכותו ויעביר עותק ממנה למפקח הארצי של האגף לטיפול באדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית (פיגור שכלי). היה והבקשה היא מעבר לסמכות החלטת המפקח המחוזי, יעבירה למפקח הארצי. החלטת המפקח הארצי תועבר למפקח המחוזי שיעבירה למחלקה לשירותים חברתיים. אישור השתתפות המחלקה מעבר לסמכותה תועבר למפקח המחוזי של השרות לטיפול באדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית (פיגור שכלי) בקהילה.

6. דיווח

6.1 הדווח על הוצאות המפורטות ייעשה במת"ס בסמלים הבאים:

ליווי - 6.2

הוצאות נסיעה/הסעה - 6.3

6.2* הדיווח על הוצאה בגין מטפח לילד, טיפול אישי, סייעת לשילוב ילדים ומסייע שיקומי יתבצע באמצעות מערכת המסגרות.
סמלי התעריף מפורסמים בנספח ב' להוראה זו בחוברת התעריפים המתעדכנת מעת לעת.

7. מי מו ן

המימון בהתאם לתקנה תקציבית "שרותים תומכים למפגר בקהילה"
23.08.55.43 במסגרת התקציב המאושר ועפ"י הסיווג.

8. בקרה

משרד הרווחה והשרותים החברתיים מפעיל בקרה שוטפת ע"י המפקחים במחוזות והאגף לביקורת פנימית.

נחום איצקוביץ
המנהל הכללי

* עודכן ב-28.6.2015

נספח א' (14.8)

תאריך _____

הרשות המקומית _____

לכבוד

מר/גב' _____

מפקח מחוזי של האגף לטיפול באדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית
(פיגור שכלי)

מחוז _____

הנדון: בקשה לאישור השתתפות חריגה בהוצאות נסיעה/ליווי למסגרת יומית

שם המושם _____ מ.ז. _____ תאריך לידה _____

שם המסגרת _____ כתובת _____

סיבת הפניה

_____ חתימת העו"ס

_____ שם העו"ס

החלטת המפקח המחוזי

() מאושר

() לא מאושר מהסיבה

תאריך

חתימת המפקח

שם המפקח

החלטת המפקח הארצי

() מאושר

() לא מאושר מהסיבה

תאריך

חתימת המפקח

שם המפקח

העתק: מפקח ארצי של השירות לאדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית (פיגור שכלי)
מפקח מחוזי של השירות לאדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית (פיגור שכלי)