

Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnościami” – edycja 2023

I. 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:

II. 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 oponowa – 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 szczególności w jakich czynnościach wymagane jest wsparcie:

- 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):

.....

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

- ☐ dzienna, miejsce.....*
- ☐ całodobowa, miejsce*
- ☐ w godzinach
- ☐ w dniach

IV. Oświadczenia:

1. Oświadczam, że osoba niepełnosprawna nad którą ubiegam się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej posiada ważne orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie traktowane na równi do orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub że dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności**.
2. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowanie przez realizatora Programu świadczonych usług opieki wytchnieniowej. Czynności, o których mowa wyżej dokonywane będą bezpośrednio w miejscu realizacji usług.
3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnościami” – edycja 2023.
4. Oświadczam, że zostały mi przedstawione zasady przetwarzania danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnościami” – edycja 2023 (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).
5. Oświadczam, że w godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków Funduszu, nie będą 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 r. poz. 2268, z późn. zm.), inne usługi finansowane ze środków Funduszu lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie do usług opieki wytchnieniowej finansowane ze środków publicznych.
6. Oświadczam, że aktualnie uczestniczę/nie uczestniczę*** w innym Programie resortowym Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej w zakresie usług opieki wytchnieniowej, w tym w Programie *Opieka wytchnieniowa - edycja 2023*. W ramach innego Programu przyznano mi (wpisać liczbę godzin) godzin opieki wytchnieniowej.

Miejscowość, data

.....
(podpis osoby opiekuna prawnego lub 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 dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnościami” – edycja 2023:

- 1) świadczenia usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego w: miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością, innym miejscu wskazanym przez osobę niepełnosprawną lub uczestnika Programu, które otrzyma pozytywną opinię realizatora Programu;
- 2) świadczenia usługi opieki wytchnieniowej, w ramach pobytu całodobowego w: ośrodku/placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom z niepełnosprawnością wpisaną do rejestru właściwego wojewody prowadzonym/ną przez realizatora Programu lub w innym miejscu wskazanym przez osobę niepełnosprawną lub uczestnika Programu, które otrzyma pozytywną opinię realizatora Programu.

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

*** odpowiednie skreślić