



Program "Opieka wytchnieniowa" - edycja 2022, finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego

Załącznik nr 8 do Programu
Ministra Rodziny i Polityki Społecznej
„Opieka wytchnieniowa” – edycja 2022

Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2022

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 jakich czynnościach w szczególności wymagane jest wsparcia:

- 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):

.....

.....

.....

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

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

III. Oświadczenia:

1. Oświadczam, że osoba niepełnosprawna, w związku z opieką nad którą ubiegam się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej) **posiada ważne orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności / orzeczenie traktowane na równi do orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub że dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności****
2. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług opieki wytchnieniowej oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowania przez realizatora świadczonych usług opieki wytchnieniowej. Czynności o których mowa wyżej dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług.

3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2022.
4. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021 (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).

Miejscowość Krosno, 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”- edycja 2022:**

1) świadczenia usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego w: miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością, ośrodku wsparcia lub innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu, które otrzyma pozytywną opinię realizatora Programu.

~~2) świadczenia usługi opieki wytchnieniowej, w ramach pobytu całodobowego w: ośrodku wsparcia, w ośrodku/placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom z niepełnosprawnością wpisaną do rejestru właściwego wojewody lub w innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu, które otrzyma pozytywną opinię realizatora Programu.~~

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