

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:

.....

a. 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 ☐,

b. W jakich czynnościach w szczególności 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**☐

c. 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, w związku z opieką, nad którą ubiegam się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej) posiada ważne orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności/orzeczenie traktowane na równie do oczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub że dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności**
2. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług asystenckich 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 2022 (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, data

.....
(Podpis osoby/opiekuna prawnego lub członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług opieki wytchnieniowa

.....
(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, ośrodka 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.