

Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2023

I. Dane osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej (opiekuna osoby niepełnosprawnej sprawującego bezpośrednią opiekę):

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

PESEL:

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:

PESEL:

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 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):

.....

.....

.....

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

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

III. Oświadczenia:

1. Oświadczam, że osoba niepełnosprawna 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 2023.
4. Oświadczam, że zapoznałem się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu.

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 dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnościami*. 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”- edycja 2023:

- 1) świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego w: miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością, ośrodka wsparcia, innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu lub realizatora Programu spełniające kryteria dostępności, które otrzyma pozytywną

opinię gminy/powiatu, domu pomocy społecznej na podstawie przyjętej przez gminę lub powiat uchwały, Centrum Opiekuńczo Mieszkalnym (COM);

- 2) świadczenia usługi opieki wytnieniowej, w ramach pobytu całodobowego w: ośrodku wsparcia, ośrodku/placówce wpisanej do rejestru właściwego wojewody zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu lub realizatora Programu spełniające kryteria dostępności, które otrzyma pozytywną opinię gminy/powiatu, domu pomocy społecznej na podstawie przyjętej przez gminę lub powiat uchwały lub Centrum Opiekuńczo Mieszkalnym (COM).

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

******* odpowiednie skreślić

WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW DO ZGŁOSZENIA

WYPEŁNIA PRACOWNIK OPS

	ZAŁĄCZNIK	DOŁĄCZONO	UZUPEŁNIONO (DATA)
--	-----------	-----------	-----------------------

ZAŁĄCZNIKI OBOWIĄZKOWE

1	kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności/o niepełnosprawności		
2	Oświadczenie o korzystaniu ze wsparcia zgodnie ze wzorem stanowiącym zał. nr 2 do karty zgłoszenia		
3	podpisana klauzula informacyjna zgodnie ze wzorem stanowiącym zał. nr 3 do karty zgłoszenia		
4	podpisana klauzula informacyjna zgodnie ze wzorem stanowiącym zał. nr 4 do karty zgłoszenia		

ZAŁĄCZNIKI DODATKOWE

5	Karta pomiaru niezależności funkcjonalnej wg zmodyfikowanych kryteriów oceny – skali FIM stanowiąca załącznik nr 7 do programu wypełniona przez lekarza rodzinnego/lekarza rehabilitacji medycznej/fizjoterapeutę/pielęgniarkę)		
6	Wskazanie opiekuna		