



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:

.....

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):

.....

.....

.....



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

dzienna, 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/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 (proszę wpisać liczbę godzin) godzin opieki wytchnieniowej.

Miejscowość, data

.....
podpis osoby ubiegającej się o przyznanie usług opieki wytchnieniowej

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług opieki wytchnieniowej

.....
podpis osoby przyjmującej zgłoszenie

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

** właściwie zaznaczyć