



Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2023

I. Dane osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej (opiekuna prawnego/członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej):

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):

Czy osoba niepełnosprawna korzysta z ośrodka wsparcia lub placówki pobytu całodobowego/dziennego?

Tak ☐ /Nie ☐.

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

☐ dzienna, miejsce ¹

w dniach

w godzinach

☐ wskazanie opiekuna²

☐ całodobowa,

¹ Należy wpisać adres świadczenia usługi

² W przypadku wskazania opiekuna należy dołączyć załącznik nr 2 do Regulaminu



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 równoważne lub że dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności³⁴
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 oraz Regulaminem naboru.
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 uczestniczę⁵ 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.
7. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” - edycja 2023 (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781). (Załączniki 5 i 6 do Regulaminu)

Miejscowość

, data

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

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług opieki wytchnieniowej

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

³ Należy zaznaczyć odpowiednie

⁴ Do Karty zgłoszenia należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności/o niepełnosprawności.

⁵ Należy zaznaczyć odpowiednie