

Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnościami” – edycja 2023

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

1	Imię i nazwisko			Data urodzenia	
2	Adres zamieszkania	Powiat		Gmina	
		Miejscowość		Kod pocztowy	
		Ulica		Nr domu / lokalu	
3	Dane kontaktowe	Telefon kontaktowy			
		Adres e-mailowy			

II. Dane dotyczące osoby niepełnosprawnej, w związku z opieką nad którą opiekun ubiega się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej¹:

1	Imię i nazwisko			Data urodzenia	
2	Adres zamieszkania	Powiat		Gmina	
		Miejscowość		Kod pocztowy	
		Ulica		Nr domu / lokalu	
3	Rodzaj niepełnosprawności ²	dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowa – rdzeniowa			Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>
		dysfunkcja narządu wzroku			Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>
		zaburzenia psychiczne			Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>
		dysfunkcje o podłożu neurologicznym			Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>
		dysfunkcja narządu mowy i słuchu			Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>
		pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne			Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>
4	W jakich czynnościach w szczególności wymagane jest wsparcie:	czynności samoobsługowe			Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>
		czynności pielęgnacyjne			Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>
		w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełniania ról społecznych			Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>
		w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania			Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>
		w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem			Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>
5	Informacje na temat ograniczeń osoby z niepełnosprawnością	w zakresie komunikowania			
		się lub poruszania się			

¹ wypełnia opiekun/członek rodziny, który ubiega się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej

² do Karty zgłoszenia należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności/o niepełnosprawności.

III. Preferowana forma i zakres świadczenia usług opieki wytchnieniowej:

1	Forma	Wymiar (wartość planowanego wsparcia do końca roku 2023 w ramach Programu (liczba godzin / dób))			Miejsce ³ *	
		Wartość, którą proponuje UP	Średnia wartość w Programie w przeliczeniu na 1 UP	Maksymalna wartość, której nie można przekroczyć	(proponowane miejsce realizacji wsparcia z liczbą godzin/ dób)	Liczba godzin /dób
<input type="checkbox"/>	pobyt dzienny		195 h	240 h	<input type="checkbox"/>	dom/ mieszkanie UP
					<input type="checkbox"/>	w placówce PSONI
					<input type="checkbox"/>	inne miejsce wskazane przez UP
<input type="checkbox"/>	pobyt całodobowy		10 dób	14 dób	<input type="checkbox"/>	dom/ mieszkanie UP
					<input type="checkbox"/>	w placówce PSONI
					<input type="checkbox"/>	inne miejsce wskazane przez UP

IV. Oświadczenia:

1	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	W celu zapewnienia wysokiej jakości usług 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	<input type="checkbox"/>	Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnościami” – edycja 2023.
4	<input type="checkbox"/>	Oświadczam, że zostały mi przedstawione zasady przetwarzania danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnościami” – edycja 2023 (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).
5	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	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 - edycja 2023. W ramach innego Programu przyznano mi (wpisać liczbę godzin) godzin opieki wytchnieniowej.

Miejscowość, dnia 2023 r.

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

³ * Należy wpisać miejsce wymienione w treści Programu „Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnościami” – edycja 2023:

- 1) świadczenia usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego w: miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością, innym miejscu wskazanym przez osobę niepełnosprawną lub uczestnika Programu które otrzyma pozytywną opinię realizatora Programu (innym miejscem może być np. PSONI – Koło w Rymanowie, ul. Dworska 40),
- 2) świadczenia usługi opieki wytchnieniowej, w ramach pobytu całodobowego w: ośrodku/placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom z niepełnosprawnością wpisaną do rejestru właściwego wojewody prowadzonym/ną przez realizatora Programu lub w innym miejscu wskazanym przez osobę niepełnosprawną lub uczestnika Programu, które otrzyma pozytywną opinię realizatora Programu (innym miejscem może być np. PSONI – Koło w Rymanowie, ul. Dworska 40).

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

*** odpowiednie skreślić

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług opieki wychnieniowej

Rymanów, dnia 2023 r. godz.

.....
(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)