**Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób   
z niepełnosprawnościami" – edycja 2022**

1. **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: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. **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 oponowo – 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):

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

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

dzienna, miejsce………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……\*

w dniach…………………………………………………………..,  w godzinach……………………………………………………………….

całodobowa, miejsce …..………………………………………………………………………….………………….…………………………………………\*

w dniach…………………………………………………………..,

**Czy chcesz wskazać osobę, która będzie świadczyć usługę opieki wytchnieniowej?**

Nie

Tak: Imię i Nazwisko…………………………………………. Nr telefonu…………………………………………………………………………………

**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 traktowane na równi do orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub że dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności\*\*
2. Oświadczam, iż zamieszkuję we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą niepełnosprawną, w związku z którą ubiegam się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej i sprawuję nad nią opiekę całodobową.
3. Oświadczam, iż nie korzystam z usługi opieki wytchnieniowej u innego Realizatora/ Korzystałam(łem) u innego Realizatora z tej formy opieki w następującym wymiarze godzin: dzienna….…………….., całodobowa………………………..\*\*\*
4. Oświadczam, iż we wskazanych przeze mnie godzinach korzystania z usługi opieki wytchnieniowej nie będą świadczone inne formy pomocy usługowej, w tym: usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, usługi finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego lub z innych źródeł.
5. Oświadczam, iż jestem/ nie jestem matką/ ojcem samotnie wychowującym dziecko/dzieci (w tym dziecko z  orzeczeniem o niepełnosprawności)\*\*\*
6. Oświadczam, iż jestem/ nie jestem opiekunem sprawującym bezpośrednią opiekę nad więcej niż 1 osobą niepełnosprawną\*\*\*
7. 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.
8. Oświadczam, iż umożliwiono mi samodzielny wybór osoby, która będzie świadczyć usługi opieki wytchnieniowej oraz miejsca realizacji usługi.
9. Oświadczam, iż dziecko/ osoba niepełnosprawna nad którą sprawuje opiekę korzysta/ nie korzysta z ośrodka wsparcia lub placówek pobytu całodobowego, np. ośrodka szkolno-wychowawczego czy internatu;
10. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnościami” – edycja 2022 oraz Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Programie „Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnościami” – edycja 2022
11. 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 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 ……………………………

..………………………………………………………

(czytelny podpis osoby opiekuna prawnegolub 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 dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnościami” ‒ edycja 2022:

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,
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.

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

\*\*\* Niepotrzebne skreślić

Data wpływu:……………………………………

Podpis osoby przyjmującej dokumenty: …………………………………………..