**Karta zgłoszenia do Programu** **„Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024**

**Realizator Programu: Caritas Archidiecezji Warmińskiej Biuro projektu: ul. Kromera 5-7, 10-129 Olsztyn**

1. **Dane osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej (członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością):**

Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Data urodzenia: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Adres zamieszkania: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Telefon: ……………………………………………………………Gmina: ……………..…………………………………………………………………………

E-mail: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. **Dane dotyczące osoby z niepełnosprawnością, w związku z opieką nad którą, członek rodziny/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 wsparcie:**

1. czynności samoobsługowe w tym utrzymanie higieny osobistej **Tak**[ ] **/Nie**[ ]
2. prowadzenie gospodarstwa domowego i wypełnianie ról w rodzinie **Tak**[ ] **/Nie**[ ]
3. przemieszczanie się poza miejscem zamieszkania **Tak**[ ] **/Nie**[ ]
4. podejmowanie aktywności życiowej i komunikowanie 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):

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

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

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

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

[ ]  dzienna, miejsce………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……\*

[ ]  całodobowa, miejsce …..………………………………………………………………………….………………….…………………………………………\*

[ ]  w godzinach ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

[ ]  w dniach …………………….………………………………………………………………………………………….………………………………………………

**IV. Wskazanie osoby, która będzie świadczyła usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego**

Czy wskazuje Pan(i) osobę niebędącą członkiem rodziny osoby z niepełnosprawnością, opiekunem osoby z niepełnosprawnością lub osobą faktycznie zamieszkującą razem z osobą z niepełnosprawnością, która będzie świadczyła, za uprzednią zgodą realizatora Programu „Opieka wytchnieniowa” Organizacji Pozarządowych – edycja 2024, w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością albo w innym miejscu wskazanym przez Pana(ią) lub przez realizatora Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024, spełniającym kryteria dostępności, o których mowa w ustawie z dnia z 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2022 r. poz. 2240), usług opieki wytchnieniowej?

**Tak** [ ]  **/ Nie** [ ]

Jeżeli **Tak**, proszę podać imię i nazwisko tej osoby, nr telefonu, adres e-mail:

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

1. **Oświadczenia:**
2. Oświadczam, że osoba z niepełnosprawnością 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, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2023 r. poz. 100, z późn. zm.)/ jest dzieckiem do ukończenia 16. roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności\*\*.
3. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowanie przez realizatora Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024 świadczonych usług opieki wytchnieniowej. Czynności, o których mowa wyżej dokonywane będą bezpośrednio w miejscu realizacji usług.
4. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024 oraz Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Programie „Opieka wytchnieniowi” dla organizacji Pozarządowych– edycja 2024.
5. Oświadczam, że zostały mi przedstawione zasady przetwarzania danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024 (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).
6. Oświadczam, że w godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego 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 2023 r. poz. 901, z późn. zm.), inne usługi finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie do usług opieki wytchnieniowej finansowane ze środków publicznych.
7. Oświadczam, że aktualnie uczestniczę/nie uczestniczę\*\*\* bądź uczestniczyłem/ nie uczestniczyłem\*\*\*
w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024 lub innym programie resortowym Ministra Rodziny i Polityki Społecznej w 2024 r. w zakresie usług opieki wytchnieniowej, w tym
w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024. W ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024 i/lub innego programu resortowego Ministra Rodziny i Polityki Społecznej w 2024 r. w zakresie usług opieki wytchnieniowej, w tym w Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 przyznano mi ……......................... *(wpisać liczbę godzin/dni)* godzin/dni opieki wytchnieniowej.
8. 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.
9. Oświadczam, iż jestem/ nie jestem matką/ ojcem samotnie wychowującym dziecko/dzieci (w tym dziecko z  orzeczeniem o niepełnosprawności)/opiekunem samotnie sprawującym opiekę nad dorosłą osobą niepełnosprawną z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczeniem traktowanym na równi do orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności \*\*\*
10. Oświadczam, iż jestem/ nie jestem opiekunem sprawującym bezpośrednią opiekę nad więcej niż 1 osobą niepełnosprawną\*\*\*
11. Oświadczam, iż umożliwiono mi samodzielny wybór osoby, która będzie świadczyć usługi opieki wytchnieniowej oraz miejsca realizacji usługi.
12. W przypadku wskazania w dziale IV niniejszej Karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024 osoby, która będzie świadczyła usług opieki wytchnieniowej oświadczam, że osoba ta przygotowana jest do świadczenia usług opieki wytchniniowej.
13. Oświadczam, iż dziecko/ osoba niepełnosprawna nad którą sprawuje opiekę stale przebywa/nie przebywa w domu tj. korzysta/ nie korzysta z ośrodka wsparcia, z placówek pobytu całodobowego, ze środowiskowego domu samopomocy, z dziennego domu pomocy, z warsztatu terapii zajęciowej lub jest zatrudniona, uczy się albo studiuje.\*\*\*

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” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024:

1. świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego:
2. za uprzednią zgodą realizatora Programu, miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
3. za uprzednią zgodą realizatora Programu, inne miejsce wskazane przez uczestnika Programu lub realizatora Programu, spełniające kryteria dostępności, o których mowa w ustawie z dnia z 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami;
4. świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu całodobowego:
5. za uprzednią zgodą realizatora Programu, miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
6. prowadzona przez realizatora Programu placówka zapewniająca całodobową opiekę osobom z niepełnosprawnościami, o której mowa w ustawie z dnia z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, na prowadzenie której realizator Programu uzyskał zgodę wojewody, wpisana do rejestru właściwego wojewody,
7. za uprzednią zgodą realizatora Programu, inne miejsce wskazane przez uczestnika Programu lub realizatora Programu, spełniające kryteria dostępności, o których mowa w ustawie z dnia z 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami.

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

\*\*\* niepotrzebne skreślić

Data wpływu:……………………………………

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