Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej

Powiat Dzierżoniowski

Załącznik nr 8 do Programu
Ministra Rodziny i Polityki Społecznej
„Opieka wytchnieniowa" – edycja 2022

Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa" – edycja 2022

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: ……..……..

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:

- dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowo – rdzeniowa) ☐,
- dysfunkcja narządu wzroku ☐,
- zaburzenia psychiczne ☐,
- dysfunkcje o podłożu neurologicznym ☐,
- dysfunkcja narządu mowy i słuchu ☐,
- pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne ☐,

Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej

Powiat Dzierżoniowski

W jakich czynnościach w szczególności wymagane jest wsparcia:

- czynności samoobsługowe **Tak☐/Nie☐**
- czynności pielęgnacyjne **Tak☐/Nie☐**
- w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełniania ról społecznych **Tak☐/Nie☐**
- w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania **Tak☐/Nie☐**
- 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……*

☐ całodobowa, miejsce …..……..*

☐ w godzinach ……

☐ w dniach ……....

III. Oświadczenia:

- 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 równie do orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub że dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności**

Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej

Powiat Dzierżoniowski

- W celu zapewnienia wysokiej jakości usług asystenckich 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.
- Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Opieka wytchnieniowa" – edycja 2022.
- Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa" - edycja 2021 (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).
- Oświadczam, że zapoznałem/am się z „Klauzulą informacyjną w ramach programu „Opieka wytchnieniowa" - edycja 2022 załącznik nr 12 do Programu oraz z „Klauzulą informacyjną RODO" załącznik nr 13 do Programu.

Miejscowość ……., data ……

…… .....

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

(Podpis osoby niepełnosprawnej – jeśli

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług opieki wytchnieniowej

……..

(data i podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

*Należy wpisać miejsce wymienione w treści Programu „Opieka wytchnieniowa"- edycja 2022:

1) świadczenia usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego w: miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością, ośrodku wsparcia lub innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu, które otrzyma pozytywną opinię realizatora Programu.

2) świadczenia usługi opieki wytchnieniowej, w ramach pobytu całodobowego w: ośrodku wsparcia, w ośrodku/placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom z niepełnosprawnością wpisaną do rejestru właściwego wojewody lub w innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu, które otrzyma pozytywną opinię realizatora Programu.

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

***Dotyczy osoby niepełnosprawnej dorosłej posiadającej zdolność do czynności prawnych (nie dotyczy osoby ubezwłasnowolnionej)