



Powiat Dzierżoniowski

Załącznik nr 7 do Programu
Ministra Rodziny i Polityki Społecznej
„Opieka wychnieniowa” dla Jednostek
Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

Dane osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wychnieniowej (członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością sprawującego ciągłą opiekę):

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Telefon:

E-mail:

Dane dotyczące osoby z niepełnosprawnością, w związku z opieką nad którą członek rodziny/opiekun ubiega się o przyznanie usługi opieki wychnieniowej:

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Rodzaj niepełnosprawności:

- dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowie; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowa – rdzeniowa) ,
- dysfunkcja narządu wzroku ,
- zaburzenia psychiczne ,
- dysfunkcje o podłożu neurologicznym ,



Powiat Dzierżoniowski

- dysfunkcja narządu mowy i słuchu ,
- pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne ,

W jakich czynnościach w szczególności wymagane jest wsparcie:

- czynności samoobsługowe, w tym utrzymanie higieny osobistej **Tak****/Nie**;
- prowadzenie gospodarstwa domowego i wypełnianie ról w rodzinie **Tak****/Nie**;
- przemieszczanie się poza miejscem zamieszkania **Tak****/Nie**;
- 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 prawny/członek rodziny/opiekun osoby niepełnosprawnej, który ubiega się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej):

.....
.....
.....

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

- dzienna, miejsce wraz z adresem*
- całodobowa, miejsce wraz z adresem*
- w godzinach
- w dniach

III. Wskazanie osoby, która będzie świadczyła usługę 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 gminy/powiatu, w miejscu



Powiat Dzierżoniowski

zamieszkania osoby z niepełnosprawnością albo innym miejscu wskazanym przez Pana(ia) lub realizatora Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, usług opieki wytchnieniowej?

Tak / **Nie**

Jeżeli **Tak**, proszę podać imię i nazwisko tej osoby:

.....

Wskazana osoba nie jest członkiem mojej rodziny (na potrzeby Programu za członków rodziny uznać należy: wstępnych, zstępnych tj. (małżonka, rodzeństwo, teściów, zięcia, synową, macochę, ojczyrna oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością) oraz nie jestem osobą pozostającą w stosunku przysposobienia i nie pozostaję z uczestnikiem Programu we wspólnym gospodarstwie domowym.

Przyjmuję do wiadomości, że zmiana opiekuna świadczącego usługę opieki wytchnieniowej w trakcie trwania Programu może nastąpić tylko jeden raz w ważnym i uzasadnionym przypadku.

IV. Oświadczenia:

- 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 równie 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. 2024 r. poz. 44, z póź. zm.)/ jest dzieckiem od ukończenia 2 roku życia do ukończenia 16 roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności**.
- W celu zapewnienia wysokiej jakości usług opieki wytchnieniowej oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowania przez gminę/powiat, która/który realizuje Program „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, 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” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.
- Oświadczam, że zapoznałem się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.



Powiat Dzierżoniowski

- Oświadczam, że w godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego nie będą świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1283, 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.
- Oświadczam, że aktualnie uczestniczę/nie uczestniczę*** bądź uczestniczyłem/ nie uczestniczyłem*** w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 lub innym programie resortowym Ministra Rodziny i Polityki Społecznej w 2025 r. w zakresie usług opieki wytchnieniowej, w tym w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025. W ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 i/lub innego programu resortowego Ministra Rodziny i Polityki Społecznej w 2025 r. w zakresie usług opieki wytchnieniowej, w tym w Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025 przyznano mi (wpisać liczbę godzin/dni) godzin/dni opieki wytchnieniowej.
- W przypadku wskazania w dziale III niniejszej Karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 osoby, która będzie świadczyła usług opieki wytchnieniowej oświadczam, że osoba ta przygotowana jest do świadczenia usług opieki wytchnieniowej.
- Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” – dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025 (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 RODO w ramach programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025 załącznik nr 11 do Programu oraz z „Klauzulą informacyjną Realizatora”

Miejscowość, data

.....
(Podpis członka rodziny/ opiekuna osoby z niepełnosprawnością)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług opieki wytchnieniowej

.....
(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)



Powiat Dzierżonowski

ZGODA POWIATU

Tak / Nie

Uzasadnienie odmowy:

.....

.....

.....

.....
Podpis osoby reprezentującej Realizatora Programu

* Należy wpisać miejsce wymienione w treści Programu „Opieka wychowawcza” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025:

1) świadczenia usług opieki wychowawczej w ramach pobytu dziennego:

- a) ośrodek wsparcia,
- b) dom pomocy społecznej świadczący usługi wsparcia krótkoterminowego w formie dziennej,
- c) dom pomocy społecznej prowadzony przez podmioty niepubliczne, o których mowa w art. 57 ust. 1 pkt 2-4 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. 2024, poz. 1283 z późn. zm.),
- d) w przypadku braku możliwości realizacji opieki wychowawczej w miejscach, o których mowa w lit. a-c, istnieje możliwość zrealizowania opieki wychowawczej w centrum opiekuńczo-mieszkalnym (COM), na zasadach określonych w poszczególnych edycjach Programu Centra Opiekuńczo - Mieszkalne,
- e) za uprzednią zgodą gminy/powiatu, miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
- f) za uprzednią zgodą gminy/powiatu, 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 (Dz. U. z 2022 r. poz. 2240);

2) świadczenia usług opieki wychowawczej w ramach pobytu całonocnego:

- a) mieszkanie treningowe lub wspomagane (wyłącznie osoby pełnoletnie),
- b) ośrodek wsparcia,
- c) rodzinny domu pomocy,
- d) dom pomocy społecznej świadczący usługi wsparcia krótkoterminowego w formie pobytu całonocnego,
- e) dom pomocy społecznej prowadzony przez podmioty niepubliczne, o których mowa w art. 57 ust. 1 pkt 2-4 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,
- f) placówka zapewniająca całonocną opiekę, o której mowa w ustawie z dnia z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,
- g) w przypadku braku możliwości realizacji opieki wychowawczej w miejscach, o których mowa w lit. a-f, istnieje możliwość zrealizowania opieki wychowawczej w centrum opiekuńczo-mieszkalnym (COM), w przypadku posiadania wolnych miejsc,
- h) za uprzednią zgodą gminy/powiatu, miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
- i) za uprzednią zgodą gminy/powiatu, 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 (Dz. U. z 2022 r. poz. 2240).

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

*** odpowiednie skreślić