**Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa“ — edycja 2023**

* 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) 0,
    2. dysfunkcja narządu wzroku 0,
    3. zaburzenia psychicznego 0,
    4. dysfunkcje o podłożu neurologicznym 0,
    5. dysfunkcja narządu mowy i słuchu 0,
    6. pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne 0,

W jakich czynnościach w szczególności wymagane jest wsparcia:

1. czynności samoobsługowe Tak 0 /Nie 0
2. czynności pielęgnacyjne Tak 0 /Nie 0

S. w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełniania ról społecznych Tak 0 /Nie 0

1. w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania Tak 0 /Nie 0
2. w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem Tak0 /Nie 0

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:



0 całodobowa — Dom Pomocy Społecznej w Golubiu-Dobrzyniu ul.PTTK 6



0 w dniach ...............................................................................

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 równie do orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności“\*

2. 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/tam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu

„Opieka wytchnieniowa“ — edycja 2023.

3.Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu

„Opieka wytchnieniowa“ 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).

Miejscowość , data

……………………………………………………………………………………..

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

…………………………………………………………………………………….

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług opieki wytch nieniowej

…………………………………………………………………………………….

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

\*Należy wpisać miejsce wymienione w treści Programu „Opieka wytchnieniowa”- edycja

2023:



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.