**Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa" – edycja 2024**

1. **Dane osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej (opiekuna osoby niepełnosprawnej sprawującego bezpośrednią 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

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..\*

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

w godzinach …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

w dniach …………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**III. Oświadczenia:**

1. Oświadczam, że osoba niepełnosprawna 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. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług opieki wytchnieniowej 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.
3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2024.
4. Oświadczam, że zapoznałem się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu.
5. Oświadczam, że w godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków Funduszu 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 2021 r. poz. 2268, z późn. zm.), inne usługi finansowane ze środków Funduszu lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie do usług opieki wytchnieniowej finansowane ze środków publicznych.
6. Oświadczam, że aktualnie uczestniczę/nie uczestniczę\*\*\* w innym Programie resortowym Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej w zakresie usług opieki wytchnieniowej, w tym w Programie *Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnościami.* W ramach innego Programu przyznano mi …….......... *(wpisać liczbę godzin)* godzin opieki wytchnieniowej.

Miejscowość ………………………………., data ……………………………

..………………………………………………………

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”- edycja 2024:

1. świadczenia usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego w: miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością, ośrodku wsparcia, innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu lub realizatora Programu spełniające kryteria dostępności, które otrzyma pozytywną opinię gminy/powiatu, domu pomocy społecznej na podstawie przyjętej przez gminę lub powiat uchwały, Centrum Opiekuńczo Mieszkalnym (COM);
2. świadczenia usługi opieki wytchnieniowej, w ramach pobytu całodobowego w: ośrodku wsparcia, ośrodku/placówce wpisanej do rejestru właściwego wojewody zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu lub realizatora Programu spełniające kryteria dostępności, które otrzyma pozytywną opinię gminy/powiatu, domu pomocy społecznej na podstawie przyjętej przez gminę lub powiat uchwały lub Centrum Opiekuńczo Mieszkalnym (COM).

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

\*\*\* odpowiednie skreślić

*Program finansowany jest ze środków pochodzących z Funduszu Solidarnościowego*