

# Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2022

## I. 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: .....

## II. 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 oponowa – 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 **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):

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

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

dzienna, miejsce .....

w godzinach .....

w dniach .....

\*

#### IV. 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 lub że dziecko posiada orzeczenie o 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.
3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2022.
4. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2022 (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 wytchnieniowej

.....  
(data, podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

\*Należy wpisać miejsce wymienione w treści Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2022.

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

**WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW DO KARTY ZGŁOSZENIA**  
WYPEŁNIA PRACOWNIK OPS

	<b>ZAŁĄCZNIK</b>	<b>DOŁĄCZONO</b>	<b>UZUPEŁNIONO (DATA)</b>
--	------------------	------------------	-------------------------------

**ZAŁĄCZNIKI OBOWIĄZKOWE**

1.	Kserokopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności		
2.	Oświadczenie o korzystaniu ze wsparcia - załącznik nr 1		
3.	Podpisana klauzula informacyjna - załącznik nr 2		
4.	Podpisana klauzula informacyjna - załącznik nr 3		

**ZAŁĄCZNIKI DODATKOWE**

5.	Karta pomiaru niezależności funkcjonalnej wg zmodyfikowanych kryteriów oceny - skali FIM (medycznej/fizjoterapeuty/pielęgniarkę) - załącznik nr 4		
6.	Oświadczenie o wskazaniu opiekuna świadczącego usługi - załącznik nr 5		