Załącznik nr 3 do Programu

oraz załącznik do ogłoszenia o otwartym

konkursie ofert w ramach Programu

„Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnościami”

– edycja 2023

*WZÓR*

**Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób
z niepełnosprawnościami" – 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)[x]
2. dysfunkcja narządu wzroku[x]
3. zaburzenia psychiczne[x]
4. dysfunkcje o podłożu neurologicznym[x]
5. dysfunkcja narządu mowy i słuchu[x]
6. pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne[x]

**W szczególności w jakich czynnościach wymagane jest wsparcie:**

1. czynności samoobsługowe **Tak**[x] **/Nie**[x]
2. czynności pielęgnacyjne **Tak**[x] **/Nie**[x]
3. w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełniania ról społecznych **Tak**[x] **/Nie**[x]
4. w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania **Tak**[x] **/Nie**[x]
5. w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem **Tak**[x] **/Nie**[x]

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):

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

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

[x]  dzienna, miejsce………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……\*

[x]  całodobowa, miejsce …..………………………………………………………………………….………………….…………………………………………\*

[x]  w godzinach ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

[x]  w dniach …………………….………………………………………………………………………………………….………………………………………………

1. **Oświadczenia:**
2. Oświadczam, że osoba niepełnosprawna nad którą ubiegam się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej posiada ważne orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie traktowane na równi do orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub że dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności\*\*.
3. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowanie przez realizatora Programu świadczonych usług opieki wytchnieniowej. Czynności, o których mowa wyżej dokonywane będą bezpośrednio w miejscu realizacji usług.
4. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnościami” – edycja 2023.
5. Oświadczam, że zostały mi przedstawione zasady przetwarzania danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnościami” – 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).
6. 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.
7. 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 - edycja 2023.* 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 dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnościami” ‒ edycja 2023:

1. świadczenia usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego w: miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością, innym miejscu wskazanym przez osobę niepełnosprawną lub uczestnika Programu, które otrzyma pozytywną opinię realizatora Programu;
2. świadczenia usługi opieki wytchnieniowej, w ramach pobytu całodobowego w: ośrodku/placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom z niepełnosprawnością wpisaną do rejestru właściwego wojewody prowadzonym/ną przez realizatora Programu lub w innym miejscu wskazanym przez osobę niepełnosprawną lub uczestnika Programu, które otrzyma pozytywną opinię realizatora Programu.

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

\*\*\* odpowiednie skreślić