

## Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2024

**I Dane osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej (członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością):**

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Adres zamieszkania: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

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

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Data urodzenia: \_\_\_\_\_

Adres zamieszkania: \_\_\_\_\_

**Rodzaj niepełnosprawności: (wstawić x )**

- 1) dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowie; 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 są wsparcia: (wstawić x )**

- 1) czynności samoobsługowe, w tym utrzymanie higieny osobistej **Tak /Nie** ;
- 2) prowadzenie gospodarstwa domowego i wypełnianie ról w rodzinie **Tak /Nie** ;
- 3) przemieszczanie się poza miejscem zamieszkania **Tak /Nie** ;
- 4) podejmowanie aktywności życiowej i komunikowanie się z otoczeniem **Tak /Nie** .

**Informacje na temat ograniczeń osoby z niepełnosprawnością w zakresie komunikowania się lub poruszania się (wypełnia opiekun prawny/członek rodziny/opiekun osoby z niepełnosprawnością, który ubiega się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej):**

---

---

---

---

**III Preferowana forma, wymiar i miejsce świadczenia usług opieki wytchnieniowej: (wstawić x)**

dzienna, miejsce wraz z adresem\*:

---

całodobowa, miejsce wraz z adresem\*:

---

w godzinach:

---

w dniach:

---

**IV Wskazanie osoby, która będzie świadczyła usługi 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 zamieszkania osoby z niepełnosprawnością albo innym miejscu wskazanym przez Pana(ia) lub realizatora Programu/projektu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2024, usług opieki wytchnieniowej? (wstawić x)

**Tak / Nie**

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

**V Oświadczenia:**

1. 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 równi 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. z 2023 r. poz. 100, z późn. zm.)/ jest dzieckiem do ukończenia 16. roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności\*\*.
2. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług opieki wytchnieniowej oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowanie przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Jaworznie, który realizuje Program „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2024, 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/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2024.
5. 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 2023 r. poz. 901, 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: (wstawić x)

Tak  Nie

6. **Oświadczam, że aktualnie:**(wstawić x)

uczestniczę  nie uczestniczę, **lub**

uczestniczyłem  nie uczestniczyłem

w Programie „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 lub innym programie resortowym Ministra Rodziny i Polityki Społecznej w 2024 r. w zakresie usług opieki wychnieniowej, w tym w Programie „Opieka wychnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024. W ramach Programu „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 i/lub innego programu resortowego Ministra Rodziny i Polityki Społecznej w 2024 r. w zakresie usług opieki wychnieniowej, w tym w Programu „Opieka wychnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024 przyznano mi \_\_\_\_\_ (wpisać liczbę godzin/dni) godzin/dni opieki wychnieniowej.

7. W przypadku wskazania w dziale IV niniejszej Karty zgłoszenia do Programu „Opieka wychnieniowa” – edycja 2024 osoby, która będzie świadczyła usług opieki wychnieniowej oświadczam, że osoba ta przygotowana jest do świadczenia usług opieki wychnieniowej.

Miejscowość \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Podpis kandydującego tj.  
członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością*

**Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług opieki wychnieniowej:**

\_\_\_\_\_  
*Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie/reprezentującej Realizatora*

\* Należy wpisać miejsce wymienione w treści Programu „Opieka wychnieniowa”- edycja 2024:

1) świadczenia usług opieki wychnieniowej **w ramach pobytu dziennego:**

➤ za uprzednią zgodą gminy/powiatu, miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,

2) świadczenia usług opieki wychnieniowej **w ramach pobytu całodobowego:**

➤ świadczenia usług opieki wychnieniowej w ramach pobytu całodobowego:

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