



**Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa”
dla Organizacji Pozarządowych – 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:

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 jest wsparcie:

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 członek rodziny/opiekun osoby z niepełnosprawnością, który ubiega się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej):

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

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

dzienna, miejsce wraz z adresem

.....

w godzinach

.....

w dniach

.....

IV. Wskazanie osoby, która będzie świadczyła usług 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 realizatora Programu „Opieka wytchnieniowa” Organizacji Pozarządowych – edycja 2024, w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością albo w innym miejscu wskazanym przez Pana(ią) lub przez realizatora Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024, spełniającym kryteria dostępności, o których mowa w ustawie z dnia z 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2022 r. poz. 2240), usług opieki wytchnieniowej?

Tak / **Nie**

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

.....

Miejscowość, data

.....

*Podpis członka rodziny/opiekuna osoby z
niepełnosprawnością*

UWAGA: Proszę dołączyć kopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.





V. Oświadczenia:

- 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**.
- W celu zapewnienia wysokiej jakości usług opieki wytchnieniowej oświadczam, że **wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowania** przez realizatora Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024, świadczonych usług opieki wytchnieniowej. Czynności o których mowa wyżej dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług opieki wytchnieniowej.
- Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z **treścią Programu „Opieka wytchnieniowa”** dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024.
- Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z **zasadami przetwarzania moich danych** osobowych w toku realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024.
- Oświadczam, że **w godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej** finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego **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 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.
- Oświadczam, że aktualnie **uczestniczę/nie uczestniczę*** bądź uczestniczyłem/ nie uczestniczyłem***** w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024 lub innym programie resortowym Ministra Rodziny i Polityki Społecznej w 2024 r. w zakresie usług opieki wytchnieniowej, w tym w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024. W ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024 i/lub innego programu resortowego Ministra Rodziny i Polityki Społecznej w 2024 r. w zakresie usług opieki wytchnieniowej, w tym w Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 przyznano mi (wpisać liczbę godzin/dni) godzin/dni opieki wytchnieniowej.
- W przypadku wskazania w dziale III niniejszej Karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024 osoby, która będzie świadczyła usług opieki wytchnieniowej oświadczam, że osoba ta przygotowana jest do świadczenia usług opieki wytchnieniowej.

Miejscowość, data

.....
Podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług opieki wytchnieniowej

.....
Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie





* Należy wpisać miejsce wymienione w treści Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024:

- 1) świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego:
 - a) za uprzednią zgodą realizatora Programu, miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
 - b) za uprzednią zgodą realizatora Programu, inne miejsce wskazane przez uczestnika Programu lub realizatora Programu, spełniające kryteria dostępności, o których mowa w ustawie z dnia z 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami;
- 2) świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu całodobowego:
 - a) za uprzednią zgodą realizatora Programu, miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
 - b) prowadzona przez realizatora Programu placówka zapewniająca całodobową opiekę osobom z niepełnosprawnościami, o której mowa w ustawie z dnia z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, na prowadzenie której realizator Programu uzyskał zgodę wojewody, wpisana do rejestru właściwego wojewody,
 - c) za uprzednią zgodą realizatora Programu, inne miejsce wskazane przez uczestnika Programu lub realizatora Programu, spełniające kryteria dostępności, o których mowa w ustawie z dnia z 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami.

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

*** odpowiednie skreślić.

