

**INFORMACJA UCZESTNIKA PROGRAMU OSŁONOWEGO „SAMODZIELNI”
- USŁUGA OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ**

I. 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:.....

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 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 wsparcia:

1) czynności samoobsługowe **Tak** /**Nie** ;

2) w przemieszczaniu się poza miejsce zamieszkania (spacer) **Tak** /**Nie** ;

3) 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

.....

w godzinach

.....

w dniach

.....

Do świadczenia usługi opieki wytchnieniowej wskazuję/ nie wskazuję*

Panią/a.....

Nr telefonu.....

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 *Regulaminu realizacji usługi opieki wytchnieniowej w ramach Programu Ośłonowego „Samodzielni”*.
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 z programu 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 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 w zakresie usług opieki wytchnieniowej,

Bestwina, data

.....

Podpis osoby opiekuna prawnego lub członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej

IV. INFORMACJA REALIZATORA

1. Potwierdzam/ nie potwierdzam* uprawnienie do korzystania z usług opieki wytchnieniowej.
2. Proponowana miesięczna ilość godzin usługi opieki wytchnieniowej wynosi:.....
.....
.....
.....

.....

Podpis Kierownika