*Nr karty (nadaje MOPS) ………………………………………*

*Nazwa organizacji świadczącej usługę ……………………………………………………………………………………..*

**Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2023**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **I** | **DANE OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O PRZYZNANIE USŁUG OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ** (opiekuna osoby niepełnosprawnej sprawującego bezpośrednią i stałą opiekę) | |
| imię i nazwisko |  |
| PESEL |  |
| data urodzenia |  |
| adres zamieszkania |  |
| telefon |  |
| adres e-mail |  |
| **II** | **DANE OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ OBJĘTEJ OPIEKĄ WYTCHNIENIOWĄ** | |
| imię i nazwisko |  |
| PESEL |  |
| data urodzenia |  |
| adres zamieszkania |  |
| telefon |  |
| rodzaj niepełnosprawności | dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowo – rdzeniowa),  dysfunkcja narządu wzroku  zaburzenia psychiczne  dysfunkcje o podłożu neurologicznym  dysfunkcja narządu mowy i słuchu  pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne |
| w jakich czynnościach w szczególności wymagane jest wsparcia: | **Tak/Nie** czynności samoobsługowe  **Tak/Nie** czynności pielęgnacyjne  **Tak/Nie** w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełniania ról społecznych  **Tak/Nie** w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania  **Tak/Nie** w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem |
| **III** | **INFORMACJE NA TEMAT OGRANICZEŃ OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ W ZAKRESIE KOMUNIKOWANIA SIĘ LUB PORUSZANIA SIĘ** (wypełnia opiekun/członek rodziny, który ubiega się o przyznanie usług opieki wytchnieniowej) | |
|  | |
| **IV** | **PREFEROWANY WYMIAR I MIEJSCE ŚWIADCZENIA USŁUG OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ** | |
| w godzinach …………………………………………………………………………..  w dniach ……………………………………………………………………………….. | |
| **V** | **OŚWIADCZENIA OPIEKUN FAKTYCZNEGO LUB CZŁONKA RODZINY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ** | |
| * Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2022. * 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 oczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub że dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności * 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. * 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). * 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. * 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. | |
| ………………………………………………………………………………….  data i podpis opiekuna, członka rodziny | |
| **POTWIERDZAM UPRAWNIENIE DO KORZYSTANIA Z USŁUG OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ** | |
| ………………………………………………………………….  podpis pracownika MOPS | |

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