



*Załącznik nr 5 do Regulaminu rekrutacji oraz uczestnictwa w projekcie
„Rozwój usług opiekuńczych dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu”*

Karta zgłoszenia do projektu „Rozwój Usług opiekuńczych dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu” w zadaniu „Opieka wytchnieniowa”

I. Dane osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej (opiekuna nieformalnego osoby z niepełnosprawnością):

Imię i nazwisko:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Telefon:

.....

E-mail:

.....

II. Dane dotyczące osoby z niepełnosprawnością, w związku z opieką nad którą, opiekun nieformalny ubiega się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej:

Imię i nazwisko:

.....

Data urodzenia:

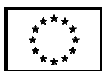
.....

Adres zamieszkania:

.....

Rodzaj niepełnosprawności:

1. dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina 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 opiekun nieformalny osoby niepełnosprawnej, który ubiega się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

☐dzienna, miejsce wraz z adresem

.....*

☐w godzinach

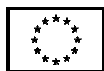
.....

☐w dniach

.....

III. 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 gminy/powiatu, w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością albo innym miejscu wskazanym przez Pana(ią) lub realizatora Projektu usług opieki wytchnieniowej?



Tak ☐ / Nie ☐

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

.....

IV. 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 / 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 monitorowania przez gminę/powiat, która/który realizuje Projekt Rozwój Usług opiekuńczych dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu 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 Projektu Rozwój Usług opiekuńczych dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.
4. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Projektu Rozwój Usług opiekuńczych dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.
5. Oświadczam, że w godzinach realizacji/okresie usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027 nie będą świadczone 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 Solidarnościowego albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie do usług opieki wytchnieniowej finansowane ze środków publicznych.
6. W przypadku wskazania w dziale III niniejszej Karty zgłoszenia Projektu Rozwój Usług opiekuńczych dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu osoby, która będzie świadczyła usług opieki wytchnieniowej



Fundusze Europejskie
dla Małopolski

Dofinansowane przez
Unię Europejską



MAŁOPOLSKA

oświadczam, że osoba ta przygotowana jest do świadczenia usług opieki
wytchnieniowej.

Miejscowość

data

.....

Podpis opiekuna nieformalnego osoby z niepełnosprawnością

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług opieki wytchnieniowej

.....

Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie

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