



Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej

Załącznik nr 7 do Programu
Ministra Rodziny i Polityki
Społecznej
„Opieka wytchnieniowa” – edycja
2023

Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2023

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 czynności pielęgnacyjne **Tak****/Nie**;
- 3 w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełniania ról społecznych **Tak****/Nie**;
- 4 w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania **Tak****/Nie**;
- 5 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.....*
- całodobowa, miejsce*
- w godzinach
- w dniach

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.



Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej

- 3 Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2023.
- 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 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.
- 6 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 dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnościami*. W ramach innego Programu przyznano mi (wpisać liczbę godzin) godzin opieki wytchnieniowej.

Miejscowość, data

.....

Podpis osoby opiekuna prawnego lub członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług opieki wytchnieniowej

.....

Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie



Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej

*Należy wpisać miejsce wymienione w treści Programu „Opieka wytchnieniowa”- edycja 2023:

- 1 świadczenia usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego w: miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością, ośrodku wsparcia, innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu lub realizatora Programu spełniające kryteria dostępności, które otrzyma pozytywną opinię gminy/powiatu, domu pomocy społecznej na podstawie przyjętej przez gminę lub powiat uchwały, Centrum Opiekuńczo Mieszkalnym (COM);
- 2 świadczenia usługi opieki wytchnieniowej, w ramach pobytu całodobowego w: ośrodku wsparcia, ośrodka/placówce wpisanej do rejestru właściwego wojewody zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu lub realizatora Programu spełniające kryteria dostępności, które otrzyma pozytywną opinię gminy/powiatu, domu pomocy społecznej na podstawie przyjętej przez gminę lub powiat uchwały lub Centrum Opiekuńczo Mieszkalnym (COM).

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

*** odpowiednie skreślić



**Karta rozliczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa”
– edycja 2023**

**I Dane osoby, której przyznane zostały usługi opieki wytchnieniowej (opiekuna
prawnego/członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej):**

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

.

Adres zamieszkania:

Telefon:

E-mail:

**II Dane dotyczące osoby niepełnosprawnej, w związku z opieką nad którą opiekunowi
przyznane zostały usługi opieki wytchnieniowej:**

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

III Informacje dot. realizowanych usług opieki wytchnieniowej:

1 Opieka wytchnieniowa przyznana w formie: dziennej, całodobowej*.

2 Opieka wytchnieniowa przyznana w wymiarze:

3 Miejsce realizacji usług opieki wytchnieniowej:

(Uwaga: Kartę realizacji usług należy uzupełniać na bieżąco)



Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej

Lp.	Data realizacji opieki wytchnieniowej	Miejsce realizacji opieki wytchnieniowej	Godziny/dni realizacji opieki wytchnieniowej	Liczba godzin/dni świadczonej opieki wytchnieniowej	Potwierdzenie realizacji usługi opieki wytchnieniowej przez osobę bądź placówkę, która ją realizowała	Podpis osoby objętej opieką wytchnieniową/członka rodziny/opiekuna
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						

4 Łączna liczba godzin/dni świadczonej opieki wytchnieniowej w formie:

1. dziennej wynosi godzin;
2. całodobowej wynosidni.

5 Potwierdzam zgodność karty realizacji Programu:

.....

Data i podpis osoby reprezentującej realizatora usług

6 Potwierdzam zgodność karty realizacji usług opieki wytchnieniowej:

.....

Data i podpis osoby opiekuna prawnego lub członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej

*Należy podkreślić realizowaną formę usług.