



Zadanie publiczne finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej



Załącznik nr 1
do Regulaminu Programu
„Opieka wytchnieniowa” – edycja 2024

Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego– 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 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 wypełniania 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 prawny/członek rodziny/ opiekun osoby niepełnosprawnej, który ubiega się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej):

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

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

- ☐ dzienna, miejsce wraz z adresem.....*
- ☐ całodobowa, miejsce wraz z adresem*
- ☐ w godzinach
- ☐ w dniach

III. Wskazanie osoby, która będzie świadczyła usługę opieki wytnieniowej 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 Programu „Opieka wytnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, usługę opieki wytnieniowej?

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 wytnieniowej, 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 poz. 100, z późn. zm.)/ jest dzieckiem do ukończenia 16. roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności. **
2. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług opieki wytnieniowej oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowanie przez gminę, która realizuje Program „Opieka wytnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, świadczonych usług opieki wytnieniowej. Czynności, o których mowa wyżej dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług.
3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Opieka wytnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.
4. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu „Opieka wytnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.
5. Oświadczam, że w godzinach realizacji usług opieki wytnieniowej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego nie będą świadczone 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 wytnieniowej finansowane ze środków publicznych.
6. Oświadczam, że aktualnie uczestniczę/nie uczestniczę*** bądź uczestniczyłem/nie uczestniczyłem*** w Programie „Opieka wytnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 lub w innym programie resortowym Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej w 2024 r. w zakresie usług opieki wytnieniowej, w tym w Programie „Opieka wytnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024. W ramach Programu „Opieka wytnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 i/lub innego programu resortowego Ministra Rodziny i Polityki Społecznej w 2024 r. w zakresie usługi opieki wytnieniowej, w tym Programu „Opieka wytnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024 przyznano mi (wpisać liczbę godzin/dni) godzin/dni opieki wytnieniowej.

7. W przypadku wskazania w dziale III niniejszej Karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 osoby, która będzie świadczyła usługę 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 Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024:

1) świadczenia usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego:

- a) za uprzednią zgodą gminy, miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
- b) ośrodek wsparcia,
- c) dom pomocy społecznej świadczący usługi wsparcia krótkoterminowego w formie dziennej
- d) dom pomocy społecznej prowadzony przez podmiot niepubliczny, o których mowa w art. 57 ust. 1 pkt 2-4 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. 2023, poz. 901 z późn. zm.),
- e) w przypadku braku możliwości realizacji opieki wytchnieniowej w miejscach, o których mowa w lit. b-d, istnieje możliwość zrealizowania opieki wytchnieniowej w centrum opiekuńczo-mieszkalnym (COM), w przypadku posiadania wolnych miejsc,
- f) za uprzednią zgodą gminy, inne miejsca wskazane przez uczestnika Programu lub realizatora Programu spełniające kryteria dostępności, o których mowa w ustawie z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2022 r. poz. 2240);

2) świadczenia usługi opieki wytchnieniowej, w ramach pobytu całodobowego:

- a) za uprzednią zgodą gminy, miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
- b) mieszkanie treningowe lub wspomagane (z wyłączeniem dzieci do ukończenia 16. roku życia posiadających orzeczenie o niepełnosprawności),
- c) ośrodek wsparcia
- d) rodzinny dom pomocy
- e) dom pomocy społecznej świadczący usługi wsparcia krótkoterminowego w formie pobytu całodobowego
- f) dom pomocy społecznej prowadzony przez podmioty niepubliczne, o których mowa w art. 57 ust. 1 pkt 2-4 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,
- g) placówka zapewniająca całodobową opiekę, o której mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,
- h) w przypadku braku możliwości realizacji opieki wytchnieniowej w miejscach, o których mowa w lit. b-g, istnieje możliwość zrealizowania opieki wytchnieniowej w centrum opiekuńczo-mieszkalnym (COM), w przypadku posiadania wolnych miejsc,
- i) za uprzednią zgodą gminy, inne miejsca wskazane przez uczestnika Programu lub realizatora Programu spełniające kryteria dostępności, o których mowa w ustawie z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2022 r. poz. 2240).

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

*** odpowiednie skreślić