

Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych - edycja 2025

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

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Telefon: E-mail:

Data urodzenia:

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 oponowo-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 członek rodziny/opiekun osoby z niepełnosprawnością, który ubiega się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej):

.....

.....

.....

.....

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

dzienna, w miejscu zamieszkania

..... *

dzienna, w Centrum Wytchnieniowym Spółdzielni Socjalnej Horyzonty (ul. Ziemowita 13/7 w Iławie)

..... *

całodobowa, miejsce wraz z adresem

..... *

w godzinach

.....

w dniach

.....

III. Wskazanie osoby, która będzie świadczyła usług opieki wytchnieniowej

~~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 realizatora Programu „Opieka wytchnieniowa” Organizacji Pozarządowych – edycja 2025, w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością albo w innym miejscu wskazanym przez Pana(ią) lub przez realizatora Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025, spełniającym kryteria dostępności, o których mowa w ustawie z dnia z 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2024 r. poz. 1411 z późn. zm.), usług opieki wytchnieniowej?~~

Tak / Nie

Jeżeli Tak, proszę podać imię i nazwisko tej osoby oraz numer telefonu:

.....

IV. Sytuacja członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością

Czy osoba z niepełnosprawnością:

- 1) stale przebywa w domu i nie korzysta np. z ośrodka wsparcia, z placówek pobytu całodobowego, ze środowiskowego domu samopomocy, z dziennego domu pomocy, z warsztatu terapii zajęciowej?

TAK - stale przebywa w domu i nie korzysta ze wskazanych miejsc

NIE - nie przebywa stale w domu i korzysta ze wskazanych miejsc

- 2) jest zatrudniona lub uczy się lub studiuje?

Tak / Nie

V. 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 (Dz. U. z 2024 r. poz. 44, z późn. zm.)/ jest dzieckiem od ukończenia 2. roku życia 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 monitorowanie przez realizatora Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025, świadczonych usług opieki wytchnieniowej. Czynności o których mowa wyżej dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług opieki wytchnieniowej.
3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych - edycja 2025.
4. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych - edycja 2025.
5. Oświadczam, że w godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego wobec osoby z niepełnosprawnością objętej usługą opieki wytchnieniowej 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 2024 r. poz. 1283, 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 wytchnieniowej finansowane ze środków publicznych (dotyczy to m.in. Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego).
6. Oświadczam, że aktualnie uczestniczę/nie uczestniczę*** bądź uczestniczyłem / nie uczestniczyłem*** w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025 lub innym programie resortowym Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w 2025 r. w zakresie usług opieki wytchnieniowej, w tym w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025. W ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025 i/lub innego programu resortowego Ministra Rodzin, Pracy i Polityki Społecznej w 2025 r. w zakresie usług opieki wytchnieniowej, w tym w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025 przyznano mi (wpisać liczbę godzin/dób) godzin/dób opieki wytchnieniowej.

7. W przypadku wskazania w dziale III niniejszej Karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025 osoby, która będzie świadczyła usług opieki wytchnieniowej oświadczam, że osoba ta przygotowana jest do świadczenia usług opieki wytchnieniowej.

Miejscowość, data

.....
Podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością

PONIŻEJ WYPEŁNIA REALIZATOR PROGRAMU

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług opieki wytchnieniowej

.....
Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie

* Należy wpisać miejsce wymienione w treści Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025:

- 1) świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego:
 - a) za uprzednią zgodą realizatora Programu, miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
 - b) za uprzednią zgodą realizatora Programu, inne miejsce 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 (w tym przypadku jest to Centrum Wytchnieniowe Spółdzielni Socjalnej Horyzonty w Łławie, mieszczące się przy ul. Ziemowita 13/7 w Łławie);
- 2) świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu całodobowego:
 - a) za uprzednią zgodą realizatora Programu, miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
 - b) prowadzona przez realizatora Programu placówka zapewniająca całodobową opiekę osobom z niepełnosprawnościami, o której mowa w ustawie z dnia z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, na prowadzenie której realizator Programu uzyskał zgodę wojewody, wpisana do rejestru właściwego wojewody,
 - c) za uprzednią zgodą realizatora Programu, inne miejsce wskazane przez uczestnika Programu lub realizatora Programu, spełniające kryteria dostępności, o których mowa w ustawie z dnia z 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami.

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

*** odpowiednie skreślić.