Załącznik nr 2 do Uchwały nr XLIX/505/2023 Rady Miejskiej
w Stargardzie z dnia 28.02.2023 r.

**Wzór nr 1**

**KARTA ZGŁOSZENIA DO PROGRAMU OPIEKA WYTCHNIENIOWA**

**I.** **Dane osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej (opiekuna osoby niepełnosprawnej sprawującego bezpośrednią opiekę):**

Imię i nazwisko: ………………………………………………………………………………………………

Data urodzenia: ………………………………………….…………………………………………………

Adres zamieszkania: ……………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Telefon: ……………………………………………………………………………………………..

**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 (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 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. Wymiar i miejsce świadczenia usług opieki wytchnieniowej:**

* 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.

3. Oświadczam, że zapoznałem się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu.

4. Oświadczam, że w godzinach realizacji usług 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 2021 r. poz. 2268, z późn. zm.).

Miejscowość ………………………………., data …………………………………………

Podpis osoby opiekuna prawnego lub członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej ……………………………………………………………………………

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług opieki wytchnieniowej ……………………………………….……………………………………………………….. Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie

\*Należy wpisać miejsce świadczenia opieki, godziny i dni

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

\*\*\* odpowiednie podkreślić