# **Karta zgłoszenia**

# **do usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego w obrębie projektu pn. „Jestem!” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027**

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

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

1. **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**[ ] .

**III. Preferowany wymiar usług opieki wytchnieniowej:**

[ ]  liczba godzin …………………………………………………………………………………………………………………

☒ w godzinach …………………………………………………………………………………………………………………

[x]  w dniach …………………….……………………………………………………………………………………………

**IV. 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, w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością albo innym miejscu wskazanym przez Pana(ią), usługi opieki wytchnieniowej?

**Tak** [ ]  **/ Nie** [ ]

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

………………………………………………………………………………………….…………..…………

Oświadczam, że osoba, która będzie świadczyła usługi opieki wytchnieniowej jest przygotowana do świadczenia tych usług.

1. Aktualnie uczestniczę/nie uczestniczę\*\*\* bądź uczestniczyłem/ nie uczestniczyłem\*\*\* w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 lub innym programie resortowym Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w 2025 r., i/lub innym programie w zakresie usług opieki wytchnieniowej i przyznano mi ……......................... *(wpisać liczbę godzin/dni)* godzin/dni opieki wytchnieniowej.

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

..……………………………………………………………………………………..

*Podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością*