**KARTA ZGŁOSZENIA**

**do Programu „Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnościami” – edycja 2022**

**I Dane osoby zgłaszającej się do Programu:**

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

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

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

Telefon: ………………………………………………… E-mail: ………………………..………………..

W stosunku do osoby z niepełnosprawnością, z którą wspólnie zamieszkuję i z którą zgłaszam się do Programu, jestem (*odpowiednie proszę zaznaczyć oraz uzupełnić wpis*):

członkiem/-nią rodziny (kim)………………………………....…….. opiekunem/-ką prawnym/-ną,

**II Dane osoby z niepełnosprawnością:**

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

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

Data urodzenia: …………………………….………… Symbol/-e niepełnosprawności …………..…………….

Rodzaj niepełnosprawności *(proszę zaznaczyć właściwe*):

1) dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowo – rdzeniowa)**Tak☐/Nie☐**,

2) dysfunkcja narządu wzroku **Tak☐/Nie☐**,

3) zaburzenia psychiczne **Tak☐/Nie☐**,

4) dysfunkcje o podłożu neurologicznym **Tak☐/Nie☐**,

5) dysfunkcja narządu mowy i słuchu **Tak☐/Nie☐**,

6) pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne **Tak☐/Nie☐**.

W jakich czynnościach w szczególności wymagane jest wsparcia *(proszę zaznaczyć właściwe)*:

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 z niepełnosprawnością w zakresie komunikowania się lub poruszania się: |

**III Preferowana forma, wymiar i miejsce świadczenia usług opieki wytchnieniowej:**

**M 1** - dzienna, miejsce/adres…………………………………………………………………….………..………………. \*

**M 2** - całodobowa, miejsce/adres..…………………………………..……………….……………………………….\*\*

\* Należy wpisać miejsce wymienione w treści Programu „Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnościami”– edycja 2022:

1) Świadczenie usługi opieki wytchnieniowej **w ramach pobytu dziennego** w:

1. miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
2. innym miejscu wskazanym przez osobę niepełnosprawną lub uczestnika Programu, które otrzyma pozytywną opinię realizatora Programu.

\*\* Należy wpisać miejsce wymienione w treści Programu „Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnościami”– edycja 2022:

1 ) Świadczenie usługi opieki wytchnieniowej **w ramach pobytu całodobowego** w:

1. w ośrodku/placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom z niepełnosprawnością wpisaną do rejestru właściwego wojewody, prowadzonym/ną przez realizatora Programu
2. miejscu wskazanym przez osobę z niepełnosprawnością lub uczestnika/czkę Programu, które otrzyma pozytywną opinię realizatora Programu.

**IV Informacja o udziale w innych programach wsparcia osoby zgłaszającej się do Programu w 2021 roku:**

1. Usługi sąsiedzkie Tak☐/Nie☐
2. Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej Tak☐/Nie☐
3. Opieka wytchnieniowa Tak☐/Nie☐
4. Inne (jakie?) ………………………………………………………………………………………………………………………

**V Informacja o udziale w innych programach wsparcia osoby zgłaszającej się do Programu w 2022 roku:**

1. Usługi sąsiedzkie Tak☐/Nie☐
2. Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej Tak☐/Nie☐
3. Opieka wytchnieniowa Tak☐/Nie☐
4. Inne (jakie?) ………………………………………………………………………………………………………………………

**VI Załączniki:**

**Do Karty Zgłoszenia załączam** (proszę zaznaczyć po lewej stronie):

* kopię orzeczenia o niepełnosprawności (dot. dzieci)
* kopię orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności/orzeczenie równoważne (dot. osób powyżej 16 r.ż.) (bądź orzeczenie równoważne),
* deklarację uczestnictwa,
* klauzulę informacyjną RODO w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnościami” – edycja 2022
* oryginał wypełnionej Karty pomiaru niezależności funkcjonalnej wg zmodyfikowanych kryteriów oceny – skali FIM (uzupełnioną przez jedną z osób: lekarza rodzinnego/lekarza rehabilitacji medycznej/fizjoterapeutę/pielęgniarkę)
* w przypadku osób ubezwłasnowolnionych częściowo lub całkowicie: kopię postanowienia o ustanowieniu opieki, jak również wskazanie aktualnego sądu prowadzącego nadzór.

**VII Oświadczenia:**

1. Oświadczam, że jestem członkiem/-inią rodziny/opiekunem/-ką osoby z niepełnosprawnością, która posiada orzeczenie o niepełnosprawności (dot. dzieci) / orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności/orzeczenie równoważne (dot. osób powyżej 16 r.ż.).
2. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnościami”– edycja 2022
3. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług 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.
4. Oświadczam, że zostały mi przedstawione zasady przetwarzania danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnościami” – edycja 2022 (zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1, z późn. zm.) oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).
5. Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w Karcie zgłoszenia, jak również w innych dokumentach złożonych w ramach realizacji Programu, są zgodne z prawdą.

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

..…………………………………………………………………

(podpis osoby zgłaszającej się do Programu)

**Wypełnioną Kartę Zgłoszenia do Programu wraz z załącznikami prosimy przesłać:**

- elektronicznie (o ile korzystacie Państwo z poczty elektronicznej) na adres:

[wytchnieniowa@fleximind.pl](mailto:wytchnieniowa@fleximind.pl)

- papierowo na adres: Fundacja Flexi Mind

ul. Ozimska 12

46-053 Dębska Kuźnia

*Wypełnia Fundacja Flexi Mind*

Na podstawie przedstawionych dokumentów potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług opieki wytchnieniowej

……………………………………………………………………

(podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACJE O OSOBIE WSKAZANEJ DO PEŁNIENIA FUNKCJI OPIEKUNA/OPIEKUNKI**  **(jeżeli dotyczy):**  (proszę wypełnić drukowanymi literami) | |
| **Imię i nazwisko** |  |
| **Data urodzenia** |  |
| **Adres zamieszkania** |  |
| **Numer telefonu** |  |
| **Adres e-mail** |  |
| **Pokrewieństwo z osobą z niepełnosprawnością**  (proszę właściwe zaznaczyć) | * **Nie**      * **Tak – jest to ……………………………………………………….** |