



Program „Opieka wychowawcza dla członków rodzin
lub opiekunów osób z niepełnosprawnościami” – edycja 2022
jest finansowany z Funduszu Solidarnościowego

KARTA ZGŁOSZENIA

do Programu „Opieka wychowawcza 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 mózgowie; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowa – 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):



Program „Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin
lub opiekunów osób z niepełnosprawnościami” – edycja 2022
jest finansowany z Funduszu Solidarnościowego

- 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:

- a) miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
- b) 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:

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



Program „Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin
lub opiekunów osób z niepełnosprawnościami” – edycja 2022
jest finansowany z Funduszu Solidarnościowego

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



Program „Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin
lub opiekunów osób z niepełnosprawnościami” – edycja 2022
jest finansowany z Funduszu Solidarnościowego

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 przesać:

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

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)



Program „Opieka wychowawcza dla członków rodzin
lub opiekunów osób z niepełnosprawnościami” – edycja 2022
jest finansowany z Funduszu Solidarnościowego

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 właściwie zaznaczyć)	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak – jest to