

Zarządzenie Nr 7/2021
Dyrektora Powiatowego Centrum
Pomocy Rodzinie w Wołominie
z dnia 11.05.2021r.

w sprawie: wprowadzania zasad postępowania dotyczących realizacji programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka Wytchnieniowa” – edycja 2021, współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Celowego pn. Fundusz Solidarnościowy oraz wzorów dokumentów i formularzy związanych z realizacją Programu

Na podstawie przyjętego Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka Wytchnieniowa” – edycja 2021, zwanego dalej „Programem” oraz umowy nr 72/2021/OW z dnia 07.05.2021r. w sprawie wysokości i trybu przekazywania w 2021 roku środków Funduszu Solidarnościowego, na realizację zadań w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka Wytchnieniowa” – edycja 2021, zarządzam, co następuje:

§ 1

Realizując program Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka Wytchnieniowa” – edycja 2021, współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Celowego pn. Fundusz Solidarnościowy określa się i wprowadza do stosowania następujące dokumenty i formularze:

- 1) Zasady programu „Opieka Wytchnieniowa” – edycja 2021, w brzmieniu określonym w załączniku nr 1 do niniejszego zarządzenia;
- 2) Wzór Deklaracji preferowanej formy wsparcia, w brzmieniu określonym w załączniku nr 2 do niniejszego zarządzenia;
- 3) Wzór Karty uczestnika Programu „Opieka Wytchnieniowa” – edycja 2021, w brzmieniu określonym w załączniku nr 3 do niniejszego zarządzenia;
- 4) Wzór Harmonogramu pracy specjalisty, w brzmieniu określonym w załączniku nr 4 do niniejszego zarządzenia;
- 5) Wzór klauzuli informacyjnej o przetwarzaniu danych osobowych, w brzmieniu określonym w załączniku nr 5 do niniejszego zarządzenia;
- 6) Wzór Karty zgłoszenia do Programu „Opieka Wytchnieniowa” – edycja 2021, w brzmieniu określonym w załączniku nr 8 do Programu;
- 7) Wzór Karty oceny stanu dziecka/osoby niepełnosprawnej wg zmodyfikowanej skali FIM, w brzmieniu określonym w załączniku nr 7 do Programu;
- 8) Wzór Karty realizacji Programu „Opieka Wytchnieniowa” – edycja 2021, w brzmieniu określonym w załączniku nr 9 do Programu.

§ 2

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Radca Powiatowy
Juliana Kujalska

ZASTĘPCA DYREKTORA
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Wołominie
Agata Redzian

DYREKTOR
Powiatowego Centrum Pomocy
Rodzinie w Wołominie

Maciej Burakowski

ORA
rodzinnie

Zasady programu „Opieka Wytchnieniowa” – edycja 2021

I. Informacje ogólne:

Niniejsze zasady określają:

1. Cele programu
2. Beneficjentów programu
3. Rodzaj oferowanego wsparcia
4. Zasady skorzystania z programu
5. Koszty usługi opieki wytchnieniowej
6. Limity usługi opieki wytchnieniowej
7. Finasowanie programu
8. Termin realizacji programu
9. Monitoring i ewaluację

1. Cele programu:

1. Wzmocnienie dotychczasowego systemu wsparcia poprzez świadczenie usług opieki wytchnieniowej dla członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad dziećmi z orzeczoną niepełnosprawnością oraz osobami dorosłymi ze znacznym stopniem niepełnosprawności oraz orzeczeniami równoważnymi.
2. Wzmocnienie osobistego potencjału członków rodzin lub opiekunów osób niepełnosprawnych oraz ograniczenie wpływu obciążeń psychofizycznych związanych ze sprawowaniem opieki poprzez wsparcie psychologiczne lub terapeutyczne.
3. Podniesienie poziomu kompetencji dotyczących wsparcia osoby niepełnosprawnej poprzez naukę technik wspomaganiania, pielęgnacji, prowadzenia działań rehabilitacyjnych w warunkach domowych oraz objęcie specjalistycznym poradnictwem w zakresie psychologicznych i społecznych aspektów wsparcia osób niepełnosprawnych, zagadnienia profilaktyki zdrowotnej i zdrowego stylu życia.
4. Zmniejszenie występowania trudności podczas sprawowania opieki przez rodzica/rodziców/opiekunów osoby z niepełnosprawnością.



5. Zmniejszenie zjawiska występowania konfliktów i kryzysów rodzinnych wynikających z niepełnosprawności dziecka, małżonka lub członka rodziny.
6. Wsparcie i poprawa codziennego funkcjonowania psychologicznego rodziców/opiekunów dzieci i dorosłych osób niepełnosprawnych, zwiększenie motywacji do samodzielnego podejmowania decyzji życiowych oraz pewności siebie przy podejmowaniu działań i planowaniu przyszłości swoich najbliższych.

2. Beneficjenci programu

Program skierowany jest do członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad:

- dziećmi niepełnosprawnymi z orzeczeniem o niepełnosprawności,
- osobami ze znacznym stopniem niepełnosprawności oraz orzeczeniami równoważnymi.

3. Rodzaj oferowanego wsparcia

W ramach Programu powiat realizuje świadczenia usługi opieki wytchnieniowej poprzez zapewnienie specjalistycznego poradnictwa (psychologicznego oraz terapeutycznego) oraz wsparcia w zakresie nauki pielęgnacji/rehabilitacji/dietetyki.

4. Zasady skorzystania z programu

1. Osoby zainteresowane skorzystaniem ze wsparcia w ramach Programu składają w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie Kartę zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021 r. (*załącznik nr 8 do Programu*), deklarację preferowanej formy wsparcia (*załącznik nr 2 do Zarządzenia Nr 7/2021 Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie z dnia 11.05.2021 r.*) oraz kopię orzeczenia o niepełnosprawności lub równoważne orzeczenie członka rodziny.
2. W sytuacji nagłej/losowej/interwencyjnej usługi opieki wytchnieniowej mogą być przyznane bez Karty zgłoszenia do Programu Opieka wytchnieniowa – edycja 2021. Jednakże dokument ten powinien zostać uzupełniony niezwłocznie w terminie nie dłuższym niż 3 dni robocze.
3. Po zakwalifikowaniu się do Programu (w przypadku dużej liczby zgłoszeń) proponuje się dostarczenie uzupełnionego przez lekarza rodzinnego/lekarza rehabilitacji medycznej/fizjoterapeuty/pielęgniarki Karty pomiaru niezależności funkcjonalnej wg zmodyfikowanych kryteriów oceny – Skali FIM stanowiący (*załącznik nr 7 do*

Programu). Osoby z najwyższymi wynikami będą mogły w pierwszej kolejności skorzystać z oferowanych form wsparcia.

4. Zakwalifikowani uczestnicy programu korzystają bezpłatnie z indywidualnych spotkań konsultacyjnych ze specjalistą.
5. Miejsce wykonania usługi opieki wytchnieniowej wskazane jest przez Realizatora Programu oraz może odbyć się w miejscu zamieszkania uczestnika Programu.
6. Uczestnik Programu zobowiązany jest do potwierdzenia uczestnictwa w danym spotkaniu konsultacyjnym poprzez podpisanie się na Karcie realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021. (*załącznik nr 3 do Zarządzenia Nr 7/2021 Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie z dnia 11.05.2021 r.*)
7. W godzinach realizacji usługi opieki wytchnieniowej nie mogą być 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 2020 r. poz. 1876), usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub z innych źródeł.

5. Koszty usługi opieki wytchnieniowej

1. Pomoc przyznawana w postaci opieki wytchnieniowej w ramach wyznaczonych limitów jest bezpłatna dla uczestnika Programu.
2. Koszt jednej godziny świadczenia usługi opieki wytchnieniowej w formie poradnictwa specjalistycznego (psychologicznego oraz terapeutycznego) oraz nauki w zakresie pielęgnacji/ rehabilitacji/ dietetyki wynosi nie więcej niż 100 zł brutto za godzinę realizacji usług, bez względu na liczbę osób w grupie.
3. Powiat dokonuje rozliczenia usługi opieki wytchnieniowej na podstawie wypełnionej Karty rozliczenia usług, której wzór stanowi (*załącznik nr 9 do Programu*) oraz harmonogramu pracy specjalisty (*załącznik nr 4 do Zarządzenia Nr 7/2021 Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie z dnia 11.05.2021 r.*)

6. Limity usługi opieki wytchnieniowej

1. W 2021 roku limit dla jednej osoby w zakresie usługi opieki wytchnieniowej świadczonej przez możliwość skorzystania ze specjalistycznego poradnictwa (psychologicznego lub terapeutycznego) oraz wsparcia w zakresie nauki pielęgnacji/rehabilitacji/ dietetyki. **wynosi:**

- dla członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad dziećmi z niepełnosprawnymi z orzeczeniem o niepełnosprawności – 18 godzin,
- dla członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobami ze znacznym stopniem niepełnosprawności oraz orzeczeniami równoważnymi - 20 godzin.

2. Po przekroczeniu limitu godzin, o którym mowa w pkt 6 lit. a, powiat może przyznać kolejne godziny usług opieki wytchnieniowej w ramach środków własnych wg analizy zgłoszonych potrzeb przez uczestników Programu.

7. Finansowanie programu

Program finansowany jest w 100 % ze środków Państwowego Funduszu Celowego pn. Fundusz Solidarnościowy w wysokości 89 815,58 zł. W ramach wkładu własnego (tj. 20 000,00 zł) będą zabezpieczone usługi poradnictwa prowadzone ponad przyznanym limitem godzin. Całkowita Wartość realizacji Programu wynosi 109 815,58 zł

8. Termin realizacji programu

Program w powiecie wołomińskim realizowany jest od 07.05.2021 r. do 31 grudnia 2021 r.

9. Monitoring i ewaluacja

1. Monitoring realizacji Programu prowadzony będzie na bieżąco na podstawie analizy kart uczestników Programu oraz rozliczeń ze specjalistami.
2. Powiat przekazuje do wojewody zestawienie z realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021 w terminie 15 dni od dnia zakończenia realizacji Programu.
3. Powiat przekazuje do wojewody roczne sprawozdanie z realizacji Programu w terminie do 30 dni od dnia zakończenia realizacji zadania.

DYREKTOR
Powiatowego Centrum Pomocy
Rodzinie w Wołominie

Maciej Burakowski

ZASTĘPCA DYREK
Powiatowego Centrum Pomocy
w Wołominie

Agata Zdział



Załącznik nr 2 do Zarządzenia Nr 7/2021
Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy
Rodzinie w Wołominie z dnia 11.05.2021 r.

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer telefonu kontaktowego

DEKLARACJA PREFEROWANYCH FORM WSPARCIA

Oświadczam, iż jestem członkiem rodziny/opiekunem* sprawującym bezpośrednią opiekę nad: (wstawić „x”):

- dzieckiem niepełnosprawnym z orzeczeniem o niepełnosprawności
- osobą ze znacznym stopniem niepełnosprawności

Deklaruję chęć udziału w Programie Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej pn. „Opieka wytechnieniowa” – edycja 2021 w zakresie (wstawić „x”):

- specjalistycznego poradnictwa psychologicznego lub terapeutycznego
- wsparcia w zakresie nauki pielęgnacji/rehabilitacji/dietetyki.

.....
Data i podpis

*niepotrzebne skreślić



Karta uczestnika programu „Opieka Wytchnieniowa” – edycja 2021

Imię i nazwisko:
Adres zamieszkania:
Telefon kontaktowy:
Członek rodziny/opiekun* sprawujący bezpośrednią opiekę nad: (wstawić „x”): <input type="checkbox"/> dzieckiem niepełnosprawnym z orzeczeniem o niepełnosprawności <input type="checkbox"/> osobą ze znacznym stopniem niepełnosprawności
Rodzaj oferowanej pomocy: <input type="checkbox"/> specjalistyczne poradnictwo (psychologiczne/terapeutyczne) <input type="checkbox"/> wsparcie w zakresie nauki pielęgnacji/rehabilitacji/dietetyki

Terminy i opis spotkań

Lp.	Data	Opis spotkania	Podpis specjalisty

Zalecenia:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Podpis specjalisty





Załącznik nr 4 do Zarządzenia Nr 7/2021
Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy
Rodzinie w Wołominie z dnia 11.05.2021 r.

Imię i nazwisko specjalisty:

Rodzaj oferowanego wsparcia:

Miesiąc:

HARMONOGRAM PRACY SPECJALISTY

Lp.	Data	Imię i nazwisko uczestnika programu	Miejsce udzielonego wsparcia	Liczba godzin	Podpis specjalisty
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					

Program realizowany ze środków Państwowego Funduszu Celowego pn. Fundusz Solidarnościowy

15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					

Razem:

Liczba godzin

.....
Podpis specjalisty

Powyższe zestawienie godzin wykonanej usługi zostało sprawdzone i zaakceptowane.

.....
Data i podpis

g



Załącznik nr 5 do Zarządzenia Nr 7/2021
Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy
Rodzinie w Wołominie z dnia 11.05.2021 r.

KLAUZULA INFORMACYJNA DLA UCZETNIKÓW PROGRAMU „OPIEKA WYTCHEINIOWA” – edycja 2021

W celu realizacji obowiązku wynikającego z art. 13 Rozporządzenia 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 (zwane dalej RODO) prosimy o zapoznanie się z poniższymi informacjami

Administrator danych osobowych

Administratorem Pana/i danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie, ul. Legionów 78, 05-200 Wołomin zwany dalej Administratorem Danych Osobowych.

Inspektor Ochrony Danych

Administrator Danych Osobowych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych. We wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych osobowych, należy skontaktować się poprzez adres email: sekretariat@pcprwolomin.pl, pisemnie na adres siedziby Administratora Danych Osobowych lub osobiście w siedzibie Administratora Danych Osobowych.

Cele i podstawa prawna przetwarzania danych

Przetwarzanie Pana/i danych osobowych odbywa się

- a) Na podstawie z art. 6 ust.1 lit. a tj. udzielonej przez Pana/i zgody na udział w programie „Opieka Wytechniowa” Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej,
- b) Na podstawie z art. 6 ust.1 lit. c - wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze Danych Osobowych wynikających z powszechnie obowiązujących przepisów prawa tj. art. 7 ust. 5 Ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Solidarnościowym Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych (tj. Dz. U z 2020 r., poz. 1787 z późn. zm.).

Odbiorcy danych osobowych

Dostęp do Pana/i danych będzie miał Administrator Danych Osobowych oraz upoważnieni pracownicy.

Pani/a dane osobowe mogą być przekazywane następującym kategoriom odbiorców:

- a) Upoważnionym pracownikom Administratora Danych Osobowych,
- b) Powiatowemu Centrum Pomocy Rodzinie,
- c) Właściwym organom, sądom oraz instytucjom państwowym i samorządowym lub innym instytucjom wykonującym powierzone zadania publiczne, jeżeli obowiązek ujawnienia/przekazania danych wynika z obowiązujących przepisów prawa lub jest to niezbędne celem dochodzenia praw lub roszczeń Administratora Danych Osobowych

Przekazywanie danych poza Europejski Obszar Gospodarczy (EOG):

Administrator Danych Osobowych nie przekazuje Pana/Pani danych do państw trzecich tj. poza terytorium EOG (obejmujący Unie Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).

Okres przechowywania danych

Dane osobowe będą przechowywane przez okres trwania procesu rekrutacji lub do czasu odwołania zgody, a w przypadku wyrażenia zgody na udział w innych procesach rekrutacyjnych nie dłużej niż przez okres trzech miesięcy lub do czasu odwołania zgody na przetwarzanie danych

Prawa osoby, której dane dotyczą

Przysługuje Panu/i prawo żądania od Administratora danych osobowych dostępu do swoich danych osobowych, prawo do sprostowania (poprawienia), usunięcia danych jednakże z ograniczeniem tego prawa w myśl art. 17 RODO, ograniczenia przetwarzania danych (wstrzymania operacji na danych lub nieusuwania danych w zależności od złożonego wniosku), prawo do przenoszenia danych osobowych, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania państwa danych na potrzeby marketingu bezpośredniego. W celu skorzystania z powyższych praw, należy skontaktować się poprzez kanały komunikacji wskazane w pkt. Administrator danych osobowych

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Może Pan/i również wnieść skargę do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, w przypadku niezgodnego z przepisami prawa przetwarzania danych osobowych.

Zgoda

W przypadku, gdy wykorzystywane przez nas Państwa dane nie są konieczne do realizacji obowiązku prawnego lub nie stanowi Naszego prawnie uzasadnionego interesu przysługuje Panu/i prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie, w zakresie w jakim Pana/i dane osobowe są przetwarzane na podstawie udzielonej zgody na przetwarzanie danych osobowych. Wycofanie zgody pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie Pana/i zgody przed jej wycofaniem.

Czy podanie danych jest obowiązkowe?

Przetwarzanie pozyskanych od Pana/i danych opiera się na zasadzie dobrowolności, jednakże odmowa podania danych niemożliwi Panu/i udział w programie „Opieka Wytchnieniowa”

Zautomatyzowane podejmowanie decyzji

Pana/i dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

OŚWIADCZENIE
O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH
przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie

Oświadczam, że otrzymałem(am) Klauzulę informacyjną od Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie oraz zapoznałem(am) się z informacjami i pouczeniem zawartymi w niniejszej klauzuli. Przedmiotowe informacje są dla mnie zrozumiałe.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie w celach związanych z realizacją programu „Opieka Wytchnieniowa” – edycja 2021.

.....
Data i podpis osoby składającej oświadczenie



Karta oceny stanu dziecka/osoby niepełnosprawnej wg zmodyfikowanej skali FIM

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

PESEL

Czynność	Stopień samodzielności	Wynik
Samoobsługa	Spożywanie posiłków	
	Dbłość o wygląd zewnętrzny	
	Kąpiel	
	Ubieranie górnej części ciała	
	Ubieranie dolnej części ciała	
	Toaleta	
Kontrola zwieraczy	Oddawanie moczu	
	Oddawanie stolca	
Mobilność	Przechodzenie z łóżka na krzesło lub wózek inwalidzki	
	Siadanie na muszli klozetowej	
	Wchodzenie pod prysznic lub do wanny	
Lokomocja	Chodzenie lub jazda na wózku inwalidzkim	
	Schody	
Komunikacja	Zrozumienie	
	Wypowiadanie się	
Świadomość społeczna	Kontakty międzyludzkie	
	Rozwiązywanie problemów	
	Pamięć	
SUMA		

Maksymalny wynik to 126 punktów, a minimalny to 18.

.....
(Miejscowość, data, podpis osoby wypełniającej Kartę)

Pomiar Niezależności Funkcjonalnej (FIM – The Functional Independence Measure) - pozwala na ocenę sprawności funkcjonalnej w zakresie samoobsługi, kontroli zwieraczy, mobilności, niezależności w zakresie lokomocji, komunikacji i świadomości społecznej.

Za każdą czynność podlegającą ocenie dziecko/osoba niepełnosprawna może otrzymać od 1 do 7 punktów:

- 7 punktów – pełna niezależność dziecka/osoby niepełnosprawnej (analizowaną czynność dziecko/osoba niepełnosprawna wykonuje bezpiecznie i szybko);
- 6 punktów – umiarkowana niezależność dziecka/osoby niepełnosprawnej (wykorzystywane są urządzenia pomocnicze);
- 5 punktów – umiarkowana niezależność dziecka/osoby niepełnosprawnej (konieczny jest nadzór lub asekuracja podczas wykonywania czynności);
- 4 punkty – potrzebna minimalna pomoc (dziecko/osoba niepełnosprawna wykonuje samodzielnie więcej niż 75% czynności);
- 3 punkty – potrzebna umiarkowana pomoc (dziecko/osoba niepełnosprawna wykonuje samodzielnie od 50 do 74% czynności);
- 2 punkty – potrzebna maksymalna pomoc (dziecko/osoba niepełnosprawna wykonuje samodzielnie od 25 do 50% czynności);
- 1 punkt – całkowita zależność (dziecko/osoba niepełnosprawna wykonuje samodzielnie mniej niż 25% czynności).



Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wychnieniowa” – edycja 2021

I. Dane osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wychnieniowej (opiekuna prawnego/członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej):

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Telefon:

E-mail:

II. Dane dotyczące osoby niepełnosprawnej, w związku z opieką nad którą opiekun ubiega się o przyznanie usługi opieki wychnieniowej:

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Informacje na temat ograniczeń osoby niepełnosprawnej w zakresie komunikowania się lub poruszania się (wypełnia opiekun/członek rodziny, który ubiega się o przyznanie usługi opieki wychnieniowej):

.....
.....
.....
.....

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

dzienna, miejsce.....*

..... całodobowa, miejsce.....*

specjalistyczne poradnictwo

w godzinach w dniach

III. Oświadczenia:

1. Oświadczam, że osoba niepełnosprawna, w związku z opieką nad którą ubiegam się o przyznanie usługi opieki wychnieniowej) posiada ważne orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności/orzeczenie równoważne lub że dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności**

2. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Opieka wychnieniowa” – edycja 2021.

3. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021 (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).

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 wymienione w treści Programu „Opieka wytchnieniowa”- edycja 2021:

- 1) świadczenia usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego w: miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością, ośrodku wsparcia lub innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu, które otrzyma pozytywną opinię realizatora Programu.
- 2) świadczenia usługi opieki wytchnieniowej, w ramach pobytu całodobowego w: ośrodku wsparcia, w ośrodku/placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom z niepełnosprawnością wpisaną do rejestru właściwego wojewody lub w innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu, które otrzyma pozytywną opinię realizatora Programu.

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





Karta realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021

I. Dane osoby, której przyznane zostały usługi opieki wytchnieniowej (opiekuna prawnego/członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej):

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Telefon:

E-mail:

II. Dane dotyczące osoby niepełnosprawnej, w związku z opieką nad którą opiekunowi przyznane zostały usługi opieki wytchnieniowej:

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

III. Informacje dot. realizowanych usług opieki wytchnieniowej:

1. Opieka wytchnieniowa przyznana w formie: *dziennej, całodobowej, specjalistycznego poradnictwa**
2. Opieka wytchnieniowa przyznana w wymiarze:
3. Miejsce realizacji usług opieki wytchnieniowej:

Lp.	Data realizacji opieki wytchnieniowej	Miejsce realizacji opieki wytchnieniowej	Godziny/dni realizacji opieki wytchnieniowej	Liczba godzin/dni świadczonej opieki wytchnieniowej	Potwierdzenie realizacji usługi opieki wytchnieniowej przez osobę bądź placówkę, która ją realizowała	Podpis osoby objętej opieką wytchnieniową/członka rodziny/opiekuna
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

