

Zarządzenie Nr 18/2020
Dyrektora Powiatowego Centrum
Pomocy Rodzinie w Wołominie
z dnia 01.07.2020 r.

w sprawie: wprowadzania zasad postępowania dotyczących realizacji programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka Wytchnieniowa” – edycja 2020, współfinansowanego ze środków Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych oraz wzorów dokumentów i formularzy związanych z realizacją Programu.

Na podstawie przyjętego Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka Wytchnieniowa” – edycja 2020 oraz umowy nr 29/2020/OW z dnia 29.06.2020 roku w sprawie wysokości i trybu przekazywania w 2020 roku środków Funduszu Solidarnościowego, na realizację zadań w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka Wytchnieniowa” – edycja 2020, zarządzam, co następuje:

§ 1

Realizując program Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka Wytchnieniowa” – edycja 2020, współfinansowanego ze środków Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych określa się i wprowadza do stosowania następujące dokumenty i formularze:

- 1) **Zasady programu „Opieka Wytchnieniowa” – edycja 2020** dotyczące Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka Wytchnieniowa” – edycja 2020, w brzmieniu określonym w **załączniku nr 1** do niniejszego zarządzenia;
- 2) Wzór **Deklaracji preferowanej formy wsparcia** – wypełnia uczestnik Programu, w brzmieniu określonym w **załączniku nr 2** do niniejszego zarządzenia;
- 3) Wzór **Karty zgłoszenia do Programu „Opieka Wytchnieniowa” – edycja 2020** - wypełnia uczestnik Programu, w brzmieniu określonym w **załączniku nr 3** do niniejszego zarządzenia;
- 4) Wzór **Karty realizacji Programu „Opieka Wytchnieniowa” – edycja 2020** – wypełnia Specjalista świadczący usługi opieki wytchnieniowej na rzecz uczestnika Programu, w brzmieniu określonym w **załączniku nr 4** do niniejszego zarządzenia.



- 5) Wzór **Karty oceny stanu dziecka/osoby niepełnosprawnej wg zmodyfikowanej skali FIM** – wypełnia lekarz na rzecz uczestnika Programu, w brzmieniu określonym w **załączniku nr 5** do niniejszego zarządzenia.
- 6) Wzór klauzuli informacyjnej o przetwarzaniu danych osobowych, w brzmieniu określonym w **załączniku nr 6** do niniejszego zarządzenia.
- 7) Wzór **Harmonogramu pracy specjalisty** – wypełnia Specjalista świadczący usługi opieki wytchnieniowej na rzecz uczestnika Programu, w brzmieniu określonym w **załączniku nr 7** do niniejszego zarządzenia.
- 8) Wzór **Karty uczestnika Programu „Opieka Wytchnieniowa” – edycja 2020** – wypełnia Specjalista świadczący usługi opieki wytchnieniowej na rzecz uczestnika Programu, w brzmieniu określonym w **załączniku nr 8** do niniejszego zarządzenia.

§ 2

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

RADCA PRAWNY

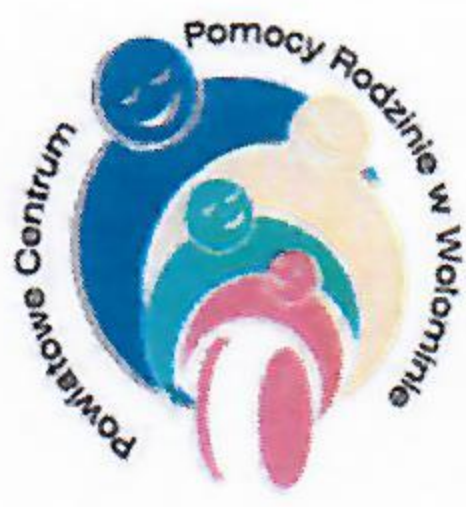
Juliana Kapalska

ZASTĘPCA DYREKTORA
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Wołominie

Agata Zedzian

DYREKTOR
Powiatowego Centrum Pomocy
Rodzinie w Wołominie
Maciej Burakowski

[Signature]



Zasady programu „Opieka Wytchnieniowa” – edycja 2020

I. Informacje ogólne:

Niniejsze zasady określają:

1. Cel programu
2. Beneficjenci programu
3. Rodzaj oferowanego wsparcia
4. Zasady skorzystania z programu
5. Koszty usługi opieki wytchnieniowej
6. Limity usługi opieki wytchnieniowej
7. Finansowanie programu
8. Termin realizacji programu
9. Monitoring i ewaluacja

1. Cel programu:

- a) 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.
- b) wsparcie finansowe gmin/powiatów w zakresie realizacji usług opieki wytchnieniowej,
- c) wzmocnienie osobistego potencjału oraz ograniczenie wpływu obciążeń psychofizycznych związanych ze sprawowaniem opieki poprzez wsparcie psychologiczne lub terapeutyczne,
- d) podnoszenie poziomu kompetencji dotyczących wsparcia osoby niepełnosprawnej za sprawą nauki techniki wspomagania, pielęgnacji, prowadzenia działań rehabilitacyjnych w warunkach domowych oraz poprzez specjalistyczne poradnictwo w zakresie psychologicznym i społecznym aspektów wsparcia osób niepełnosprawnych, zagadnienia profilaktyki zdrowotnej i zdrowego stylu życia.

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 równorzędnymi orzeczeniami,

3. Rodzaj oferowanego wsparcia

Powiat realizuje zadania z zakresu świadczenia specjalistycznego poradnictwa (psychologicznego oraz terapeutycznego) oraz wsparcia w zakresie nauki pielęgnacji/rehabilitacji/dietetyki.

4. Zasady skorzystania z programu:

- a) Osoby zainteresowane skorzystaniem w/w wsparcia składają w tut. Centrum Kartę zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2020 r. (załącznik nr 8 do

Programu), deklarację preferowanej formy wsparcia oraz kopię orzeczenia o niepełnosprawności lub równorzędne orzeczenie.

b) W sytuacji nagłej/losowej/interwencyjnej usługi opieki wytchnieniowej mogą być przyznane bez Karty zgłoszenia do Programu Opieka wytchnieniowa – edycja 2020. Jednakże dokument ten powinien zostać uzupełniony niezwłocznie w terminie nie dłuższym niż 3 dni robocze.

c) 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.

d) Zakwalifikowani uczestnicy programu korzystają bezpłatnie z indywidualny spotkań konsultacyjnych ze specjalistą.

e) Miejsce wykonania usługi opieki wytchnieniowej wskazane jest przez realizatora Programu, oraz może odbyć się w miejscu zamieszkania uczestnika Programu.

f) Uczestnik Programu zobowiązany jest do potwierdzenia uczestnictwa w danym spotkaniu konsultacyjnym poprzez podpisanie się na Karcie realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2020.

g) 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 20014 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2019 r. poz. 1507, z późn. zm.), usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub z innych źródeł.

5. Koszty usługi opieki wytchnieniowej

a) Pomoc przyznawana w postaci opieki wytchnieniowej w ramach wyznaczonych limitów jest bezpłatna.

b) Koszt jednej godziny świadczenia usługi opieki wytchnieniowej w formie poradnictwa specjalistycznego (psychologicznego oraz terapeutycznego) oraz nauki w zakresie pielęgnacji/rehabilitacji/ dietetyki wynosi 100 zł brutto.

c) Powiat dokonuje rozliczenia usługi opieki wytchnieniowej na podstawie wypełnionej Karty rozliczenia usług, której wzór stanowi załącznik nr 9 do Programu, oraz harmonogramu pracy specjalisty.

6. Limity usługi opieki wytchnieniowej

a) W 2020 roku limit dla opieki wytchnieniowej świadczonej przez możliwość skorzystania ze specjalistycznego poradnictwa (psychologicznego lub terapeutycznego) oraz wsparcia w zakresie nauki pielęgnacji/rehabilitacji/ dietetyki wynosi 40 godzin.

b) Po przekroczeniu limitu godzin, o którym mowa w pkt 6 lit. a, powiat może przyznać kolejne godziny usług opieki wytchnieniowej w ramach środków własnych

7. Finansowanie programu

Program finansowany jest w 80 % ze środków Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych oraz z 20 % środków własnych samorządu.

8. Termin realizacji programu

Program w powiecie wołomińskim realizowany jest od momentu zawarcia umowy do 31 grudnia 2020 r.

9. Monitoring i ewaluacja

- a) Powiat przekazuje do wojewody zestawienie z realizacji Programu w terminie 15 dni od dnia zakończenia realizacji Programu
- b) Powiat przekazuje do wojewody roczne sprawozdanie z realizacji Programu w terminie do 30 dni od dnia zakończenia realizacji zadania.





Załącznik nr 2 do Zarządzenia Nr 18/2020
Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy
Rodzinie w Wołominie z dnia 01.07.2020 r.

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer telefonu kontaktowego

D E K L A R A C J A

P R E F E R O W A N Y C H F O R M W S P A R C I A

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

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

**Deklaruje chęć udziału w Programie Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
pn. „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2020 w zakresie (wstawić „x”):**

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

.....
Data i podpis

*niepotrzebne skreślić

Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2020

I. Dane osoby niepełnosprawnej lub członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej (dot. specjalistycznego poradnictwa) :

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Telefon:

E-mail:

Informacje na temat ograniczeń osoby niepełnosprawnej w zakresie komunikowania się lub poruszania się:

.....

.....

.....

II. Dane opiekuna prawnego osoby niepełnosprawnej (jeśli dotyczy):

Imię i nazwisko:

Telefon:.....

E-mail:.....

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

dzienna, miejsce..... *

całodobowa, miejsce*

specjalistyczne poradnictwo

w godzinach w dniach

V. Oświadczenia:

1. Oświadczam, że posiadam 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 wytchnieniowa” – edycja 2020.

3. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” - edycja 2020 (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 2018 r. poz. 1000).

Miejscowość data

(Podpis osoby niepełnosprawnej/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 2020:

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

- a) miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej,
- b) ośrodka wsparcia prowadzonym jako zadanie własne samorządu,
- c) innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu lub jego opiekuna, które otrzyma pozytywną opinię gminy/powiatu realizującego Program.

2) Świadczenie usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu całodobowego w:

- a) ośrodka wsparcia prowadzonym jako zadanie własne samorządu,
- b) ośrodki/placówce zapewniającym całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym wpisaną do rejestru właściwego wojewody
- c) miejscu wskazanym przez uczestnika Programu lub jego opiekuna, które otrzyma pozytywną opinię gminy/powiatu realizującego Program.

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

Karta realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2020

1. Karta miesięcznego wykonania opieki wytchnieniowej Nr
2. Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej lub członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej objętej opieką wytchnieniową:
3. Adres:
4. Imię i nazwisko osoby świadczącej opiekę wytchnieniową
5. Rozliczenie wykonania opieki wytchnieniowej w okresie od do.....
6. Opieka wytchnieniowa przyznana w formie: dziennej, całodobowej, specjalistycznego poradnictwa*
7. Opieka wytchnieniowa przyznana w wymiarze:
8. Miejsce realizacji usług opieki wytchnieniowej:

Lp.	Data wykonywania opieki wytchnieniowej	Wykonano opiekę wytchnieniową od godz. ... do godz. ...	Liczba godzin wykonanej opieki wytchnieniowej	Podpis osoby objętej opieką wytchnieniową/członka rodziny/opiekuna
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

9. Łączna liczba godzin wykonanej opieki wytchnieniowej w miesiącu r.
wynosi godzin.

.....
Data i podpis osoby świadczącej usługi

10. Potwierdzam zgodność karty realizacji Programu

.....
Data i podpis osoby reprezentującej realizatora usług

*Należy podkreślić realizowaną formę usług

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).

94



Załącznik nr 6 do Zarządzenia Nr
18/2020 Dyrektora Powiatowego
Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie
z dnia 01.07.2020 r.

KLAUZULA INFORMACYJNA DLA UCZETNIKÓW PROGRAMU „OPIEKA WYTCHNIENIOWA” – edycja 2020

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@pcprwołomin.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 Wytchnieniowa” 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 2018 r. poz. 2192 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

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 2020.

.....
Data i podpis osoby składającej oświadczenie

Załącznik nr 8 do Zarządzenia Nr 18/2020
Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy
Rodzinie w Wołominie z dnia 01.07.2020 r.

Karta uczestnika programu „Opieka Wytchnieniowa” – edycja 2020

Imię i nazwisko:
Adres zamieszkania:
Telefon kontaktowy:
Członek rodziny/opiekunem* sprawującym 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

Data	Opis spotkania	Podpis specjalisty

Zalecenia:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Podpis specjalisty

