



Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021

I. Dane opiekuna faktycznego osoby niepełnosprawnej (dot. specjalistycznego poradnictwa):

Imię i nazwisko:

Pesel:

Adres zamieszkania:

Gmina:

Powiat :

Numer kontaktowy:

Adres e-mail:

Płeć: kobieta mężczyzna

II. Dane osoby niesamodzielnej:

Imię i nazwisko:

Pesel:

Adres zamieszkania:

Gmina:

Powiat :

Numer kontaktowy:

Adres e-mail:

Płeć: kobieta mężczyzna



III. Dodatkowe informacje:

1) Informacje o rodzaju niepełnosprawności oraz stanie zdrowia osoby niesamodzielnej:

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

2) Jestem zainteresowany/a wsparciem w ramach Projektu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021 w formie usług:

- psycholog / terapeuta
- pielęgniarka
- dietetyk
- fizjoterapeuta / rehabilitant
- inne

3) Do karty zgłoszenia należy dołączyć:

- a) Kartę oceny stanu dziecka/osoby niepełnosprawnej wg zmodyfikowanej skali FIM-załącznik.
- b) Kserokopię orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.

Uwaga: złożenie karty zgłoszenia nie jest równoznaczne z przyznaniem usług. Złożone dokumenty nie przechodzą na kolejne lata.

IV. Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że:

- 1) Zamieszkuję na terenie Powiatu Sokólskiego.
- 2) Jestem osobą pełnoletnią i sprawuję opiekę nad osobą niesamodzielną z terenu Powiatu Sokólskiego.



3) Sprawuję opiekę nad :

- osobą niepełnosprawną w stopniu znacznym lub z orzeczeniem równoważnym¹
- niepełnosprawnym dzieckiem z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz koniecznością stałego współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.

4) Zapoznałem/łam się z treścią Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA
PROJEKTU- OPIEKUNA

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU
- OSOBY NIESAMODZIELNEJ
(W PRZYPADKU ZDOLNOŚCI DO CZYNNOŚCI PRAWNYCH)

WYPEŁNIA REALIZATOR PROGRAMU „OPIEKA WYTCHNIENIOWA”- EDYCJA 2021.

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług opieki wytchnieniowej.

.....
(PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ ZGŁOSZENIE)

¹ Zgodnie z art. 5 i 62 ww. ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 573).