*Załącznik Nr 1 do Regulaminu*

*realizacji usługi opieki wytchnieniowej* *w ramach Programu osłonowego „Samodzielni”- na lata 2023 - 2025*

*przez Miejskie Centrum Wsparcia w Szczecinku*

**INFORMACJA UCZESTNIKA PROGRAMU OSŁONOWEGO „SAMODZIELNI”**

**MODUŁ I- USŁUGA OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ**

1. **Dane osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej (opiekuna osoby niepełnosprawnej sprawującego bezpośrednią opiekę):**

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

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

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

Telefon: ……………………………………………………………………………………………………

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

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

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

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

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

**Rodzaj niepełnosprawności:**

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

2) dysfunkcja narządu wzroku;

3) zaburzenia psychiczne;

4) dysfunkcje o podłożu neurologicznym;

5) dysfunkcja narządu mowy i słuchu;

6) pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne.

**W jakich czynnościach w szczególności wymagane jest wsparcia:**

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 niepełnosprawnej w zakresie komunikowania się lub poruszania się** (wypełnia opiekun/członek rodziny, który ubiega się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej):

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

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

dzienna, miejsce

…………………………………………………………………………………………………………

w godzinach …………………………………………………………………………………………………………

w dniach …………………….…………………………………………………………………………………

Do świadczenia usługi opieki wytchnieniowej wskazuję/ nie wskazuję\* Panią/a…………………………………………………………………………………………………

Nr telefonu……………………………………………………………………………………………..

**III. Oświadczenia:**

1. Oświadczam, że osoba niepełnosprawna nad którą ubiegam się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej posiada ważne orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności/orzeczenie traktowane na równi do orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub że dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności.
2. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług opieki wytchnieniowej 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.
3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią *Regulaminu realizacji usługi opieki wytchnieniowej w ramach Programu osłonowego „Samodzielni”.*
4. Oświadczam, że zapoznałem się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu.
5. Oświadczam, że w godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków Funduszu nie będą 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 inne usługi finansowane ze środków Funduszu lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie do usług opieki wytchnieniowej finansowane ze środków publicznych.
6. Oświadczam, że aktualnie uczestniczę/nie uczestniczę\* w innym Programie w zakresie usług opieki wytchnieniowej,

Szczecinek, data ……………………………

..………………………………………………………

*Podpis osoby opiekuna prawnego**lub członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej*

1. **INFORMACJA REALIZATORA**
2. Potwierdzam/ nie potwierdzam\* uprawnienie do korzystania z usług opieki wytchnieniowej.
3. Proponowana miesięczna ilość godzin usługi opieki wytchnieniowej wynosi:………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………..

*Podpis Kierownika*

\*Odpowiednie podkreślić