**WNIOSEK DO GMINNEGO OŚRODKA POMOCY SPOŁECZNEJ W BIAŁEJ**

**O USŁUGI OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ**

**realizowane w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2024**

# **Dane wnioskodawcy** – **osoby niesamodzielnej lub opiekuna prawnego/kuratora**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i Nazwisko** |  |
| **PESEL** |  |
| **Adres zamieszkania** |  |
| **Adres do korespondencji** |  |
| **Nr telefonu** |  |
| **e-mail** |  |

**Dane osoby niesamodzielnej - wypełnić, jeżeli Wnioskodawcą jest opiekun prawny/kurator**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i Nazwisko** |  |
| **PESEL** |  |
| **Adres zamieszkania** |  |
| **Adres do korespondencji** |  |
| **Nr telefonu** |  |
| **Osoba niesamodzielna jest ubezwłasnowolniona częściowo** (tak/nie) |  |
| **Osoba niesamodzielna jest ubezwłasnowolniona całkowicie** (tak/nie) |  |

# **Dane opiekuna osoby niesamodzielnej** – **osoby faktycznie sprawującej opiekę**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i Nazwisko** |  |
| **PESEL** |  |
| **Adres zamieszkania** |  |
| **Adres do korespondencji** |  |
| **Nr telefonu** |  |
| **e-mail** |  |

**Wypełnia opiekun faktyczny osoby niesamodzielnej**

**Zwracam się z prośbą o przyznanie usług opieki wytchnieniowej** ze względu na sprawowanie bezpośredniej opieki nad osobą ze znacznym stopniem niepełnosprawności (bądź równoważnym)Usługi opieki wytchnieniowej całodobowej przez kolejnych 14 dni kalendarzowych.

Rodzaj niepełnosprawności:

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

dysfunkcja narządu wzroku;

zaburzenia psychiczne;

dysfunkcje o podłożu neurologicznym;

dysfunkcja narządu mowy i słuchu;

pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne.

W jakich czynnościach w szczególności wymagane jest wsparcie:

1. czynności samoobsługowe, w tym utrzymanie higieny osobistej **Tak**[x] **/Nie**[x] ;
2. prowadzenie gospodarstwa domowego i wypełnianie ról w rodzinie **Tak**[x] **/Nie**[x] ;
3. przemieszczanie się poza miejscem zamieszkania **Tak**[x] **/Nie**[x] ;
4. podejmowanie aktywności życiowej i komunikowanie się z otoczeniem **Tak**[x] **/Nie**[x] **.**

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

Osoba leżąca:

 Nie

 Tak

Osoba poruszająca się:

 samodzielnie

 na wózku

 przy balkoniku

 o kulach

Osoba przebywająca na specjalnej diecie:

 Nie

 Tak

Jeśli tak to na jakiej: ……………………………………………………………………………………………………………………………

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

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

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

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 i § 6 kk w zw. z art. 75 § 2
i art. 83 § 3 kpa za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku zostały podane zgodnie z prawdą. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni od zaistnienia zmiany.

# OŚWIADCZENIE OPIEKUNA FAKTYCZNEGO OSOBY NIESAMODZIELNEJ

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Białej w celu realizacji wniosku o świadczenie usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wychtnieniowa” – edycja 2024.

# DO WNIOSKU DOŁĄCZAM:

*(proszę wstawić* ***X*** *przy wybranej pozycji)*

1. Orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności (bądź równoważne) / orzeczenie
o niepełnosprawności \_\_\_\_\_\_
2. Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia \_\_\_\_\_\_
3. Harmonogram stosowania leków z podpisem i pieczątkom lekarza \_\_\_\_\_\_
4. Inne, jakie: …………………………………………………………………… \_\_\_\_\_\_

**Miejscowość i data: …………………………...…………………… Czytelny podpis: ……….…………………………**

**Informacja:**

* złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem usług,
* wnioski rozpatrywane są w roku złożenia według kolejności i nie przechodzą na kolejne lata.