



Fundusze Europejskie
dla Śląskiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Województwo
Śląskie

Załącznik nr 4 do regulaminu określającego warunki przyznawania i zasady odpłatności za usługi asystenckie oraz usługi opieki wytchnieniowej projektu „Rozwój usług na rzecz osób starszych i niepełnosprawnych w Gminie Skoczów”

Karta zgłoszenia do projektu pn.: „Rozwój usług na rzecz osób starszych i niepełnosprawnych w Gminie Skoczów” (dotyczy wsparcia w formie usługi opieki wytchnieniowej w miejscu zamieszkania).

I. Dane osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej (członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością):

Imię i nazwisko:

.....

Adres zamieszkania:.....

.....

Telefon:

E-mail:

Data urodzenia:

II. Dane dotyczące osoby z niepełnosprawnością, w związku z opieką nad którą, członek rodziny/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 oponowa – 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 wsparcie:

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

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):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

III. Wskazanie osoby, która będzie świadczyła usług opieki wytchnieniowej

Czy wskazuje Pan(i) osobę niebędącą członkiem rodziny osoby z niepełnosprawnością, opiekunem osoby z niepełnosprawnością lub osobą faktycznie zamieszkującą razem z osobą z niepełnosprawnością, która będzie świadczyła, za uprzednią zgodą gminy/powiatu, w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością albo innym miejscu wskazanym przez Pana(ia), usług opieki wytchnieniowej?

Tak ☐ / **Nie** ☐

Jeżeli **Tak**, proszę podać imię i nazwisko tej osoby oraz numer telefonu/e-mail:

.....
.....

Jednocześnie oświadczam, że wyżej wskazany kandydat na opiekuna nie jest członkiem mojej rodziny*,

* Na potrzeby realizacji Projektu za członków rodziny osoby z niepełnosprawnością uznaje się wstępnych oraz zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością.

- nie zamieszkuje razem ze mną oraz osobą z niepełnosprawnością nad którą sprawuję opiekę,
- jest przygotowany i posiada doświadczenie do realizacji czynności opiekuńczych dla osoby z niepełnosprawnością nad którą sprawuję opiekę

W przypadku, gdy usługi opieki wytchnieniowej będą świadczone na rzecz dzieci od ukończenia 2. roku życia do 16. roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności w odniesieniu do osoby, która ma świadczyć usługi opieki wytchnieniowej, wymagane jest także:

- zaświadczenie o niekaralności;
- informacja o niefigurowaniu w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym w postaci wydruku pobranej informacji z Rejestru;

IV. Oświadczenia dodatkowe:

1. Oświadczam, że osoba z niepełnosprawnością w związku z opieką 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, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2024 r. poz. 44, z późn.

zm.)/ jest dzieckiem od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności**.

2. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług opieki wytchnieniowej oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowania przez gminę, która/który realizuje projekt „Rozwój usług na rzecz osób starszych i niepełnosprawnych w Gminie Skoczów” , 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 projektu „Rozwój usług na rzecz osób starszych i niepełnosprawnych w Gminie Skoczów” oraz regulaminem określającym warunki przyznawania i zasady odpłatności za usługi asystenckie oraz usługi opieki wytchnieniowej dla tego projektu.
4. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji projektu „Rozwój usług na rzecz osób starszych i niepełnosprawnych w Gminie Skoczów”
5. Oświadczam, że w godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej finansowanych w ramach projektu „Rozwój usług na rzecz osób starszych i niepełnosprawnych w Gminie Skoczów” nie będą świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1283, z późn. zm.), inne usługi finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie do usług opieki wytchnieniowej finansowane ze środków publicznych.
6. Oświadczam, że aktualnie uczestniczę/nie uczestniczę* bądź uczestniczyłem/nie uczestniczyłem* w projekcie finansowanym ze środków Funduszy Europejskich w zakresie usług społecznych lub w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 lub innym programie resortowym Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w 2025 r. w zakresie usług opieki wytchnieniowej. W ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 i/lub innego programu resortowego Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w 2025 r. w zakresie usług opieki wytchnieniowej, w tym w Programu „Opieka

wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025 przyznano mi (wpisać liczbę godzin/dni) godzin/dni opieki wytchnieniowej.

7. W przypadku uzyskania wsparcia w formie opieki wytchnieniowej lub wsparcia pokrewnego z opieką wytchnieniową z innego źródła zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić Gminę Skoczów (Ośrodek Pomocy Społecznej) o tym fakcie.
8. W przypadku wskazania w dziale III niniejszej Karty zgłoszenia do projektu „Rozwój usług na rzecz osób starszych i niepełnosprawnych w Gminie Skoczów” osoby, która będzie świadczyła usług opieki wytchnieniowej **oświadczam, że osoba ta jest odpowiednio przygotowana do świadczenia usług opieki wytchnieniowej i posiada wcześniejsze doświadczenie dostosowane do potrzeb osoby z niepełnosprawnością, której dotyczy mój wniosek o przyznanie tej formy wsparcia.**

Jednocześnie oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i **jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej** zgodnie z art. 233 Kodeksu karnego za złożenie fałszywego oświadczenia co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Miejscowość, data

.....

Podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością

** odpowiednie skreślić*

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