



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



Wniosek o świadczenie usług w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2019

Moduł III - Opieka wytchnieniowa w formie specjalistycznego poradnictwa dla członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę

.....
numer sprawy

.....
data wpływu

DANE WNIOSKODAWCY			
Imię		Nazwisko	
Adres zamieszkania			
Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż zamieszkania)			
PESEL		Nr telefonu	
DANE PODOPIECZNEGO			
Imię		Nazwisko	
Adres zamieszkania			
PESEL			
Spełnienie warunku uczestnictwa w Programie – wstawić X			
Członek rodziny lub opiekun sprawujący bezpośrednią opiekę nad dzieckiem niepełnosprawnym z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami:			
- konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji			
- konieczności stałego współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji			

Program pn. „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2019, który jest realizowany w ramach Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



POWIATOWE
CENTRUM
POMOCY
RODZINIE
W SZTUMIE

Członek rodziny lub opiekun sprawujący bezpośrednią opiekę nad osobą ze znacznym stopniem niepełnosprawności.	
---	--

I. Zwracam się z prośbą o przyznanie usług opieki wytchnieniowej w zakresie:

Typ usługi	Wstaw „X” w wybranej pozycji
Specjalistycznego poradnictwo psychologicznego	
Specjalistycznego poradnictwo terapeutycznego, jakiego?	
Wsparcia w zakresie nauki pielęgnacji	
Wsparcia w zakresie nauki rehabilitacji	
Wsparcia w zakresie dietetyki	

II. Uzasadnienie dotyczące wyboru określonych typów usług:

Poradnictwo psychologiczne:

.....

Poradnictwo terapeutyczne:

.....

Wsparcie w zakresie nauki pielęgnacji

.....

Wsparcie w zakresie nauki rehabilitacji.....

.....

Wsparcie w zakresie nauki dietetyki:

.....

Program pn. „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2019, który jest realizowany w ramach Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



III. OŚWIADCZENIA

Oświadczam, iż jestem członkiem rodziny/opiekunem¹ sprawującym bezpośrednią opiekę nad:

(imię i nazwisko podopiecznego)

Świadoma/Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 i § 6 Kodeksu karnego w związku z art. 75 § 2 i art. 83 § 3 Kodeksu postępowania za składanie fałszywych zeznań oświadczam, iż 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.

.....
Data i czytelny podpis wnioskodawcy

Załączniki:

1. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego/członka rodziny
2. Karta oceny stanu zdrowia pacjenta wg zmodyfikowanej skali Barthel (wypełnia lekarz specjalista – zgodnie z symbolem przyczyny niepełnosprawności znajdującej się na orzeczeniu) – wzór załącznik nr 1 do wniosku
3. Klauzula RODO – załącznik nr 2 do wniosku

UWAGA ! Informujemy, że złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem usług oraz, że wnioski rozpatrywane są w roku złożenia i nie przechodzą na kolejne lata.

¹ Niewłaściwe skreślić

Program pn. „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2019, który jest realizowany w ramach Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych