Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej

Deklaracja uczestnictwa w Programie „Opieka wytchnieniowa" – edycja 2023*

I. 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:

……

II. 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☐**.

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

☐ dzienna, miejsce

……..

☐ całodobowa, miejsce

……..

☐ w godzinach

……..

☐ w dniach

……

.....

(data i podpis)

Podpis osoby opiekuna prawnego lub członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej

* Do Deklaracji uczestnictwa w Programie „Opieka wytchnieniowa”-edycja 2023 należy dołączyć kserokopię orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności/orzeczenia traktowanego na równi do orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub w przypadku dziecka orzeczenia o niepełnosprawności.