

Informacja uzupełniająca do Karty zgłoszenia do Programu

„Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025

I. Dane kandydata na uczestnika Programu (członka rodziny lub opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością):

1. Imię i nazwisko:
2. Adres zamieszkania:
3. Telefon kontaktowy:
4. nr PESEL:

II. Dodatkowe informacje o członku rodziny lub opiekuna sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością (w odpowiednim polu należy wstawić znak X):

Jestem osobą:

- zamieszkującą wspólnie z osobą z niepełnosprawnością, której dotyczy złożona Karta zgłoszeniowa oraz sprawującą bezpośrednią opiekę nad nią;
- niezatrudnioną, uczącą się lub studiującą;
- sprawującą bezpośrednią opiekę nad więcej niż jedną osobą z niepełnosprawnością posiadającą umiarkowany lub znaczny stopień niepełnosprawności;
- nie korzystającą wcześniej z Programu „Opieka Wytchnieniowa”;
- posiadającą orzeczenie o stopniu niepełnosprawności.

III. Dane osoby z niepełnosprawnością:

1. Imię i nazwisko:
2. Adres zamieszkania:
3. PESEL:
4. Czy osoba z niepełnosprawnością korzysta ze specjalistycznego sprzętu wspierającego jej codzienne funkcjonowanie lub zdrowie (np. PEG, respirator, koncentrator tlenu, cewnik, aparat słuchowy itp.)?

Jeśli tak, proszę podać rodzaj sprzętu:

.....

.....

IV. Dodatkowe informacje o osobie z niepełnosprawnością, nad którą członek rodziny lub opiekun sprawuje bezpośrednią opiekę (w odpowiednim polu należy wstawić znak X):

1. Osoba z niepełnosprawnością (osoba powyżej 16 roku życia):

stale przebywa w domu i nie korzysta z placówki wsparcia całodobowego (np. domy pomocy społecznej, inne placówki zapewniające całodobową opiekę); ze środowiskowego domu samopomocy; z dziennego domu pomocy; z warsztatów terapii zajęciowej;

V. Oświadczenia Uczestnika Projektu:

Oświadczam, że:

- zapoznałem/am się z **Programem „Opieka wytchnieniowa”** dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 oraz **Regulaminem do Programu „Opieka wytchnieniowa”** dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 realizowanym przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Bydgoszcz,
- jestem świadomy, że Realizator programu może wezwać mnie w celu uzyskania dodatkowych wyjaśnień oraz wymagać dodatkowych dokumentów,
- w celu zapewnienia wysokiej jakości usług opieki wytchnieniowej oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowanie przez Realizatora świadczonych usług. Czynności, o których mowa wyżej, dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług,
- poinformuję Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Bydgoszczy o każdej zmianie mojej sytuacji życiowej mającej wpływ na kwalifikację do Programu,
- w godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej nie będą mi świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 901 z późn. zm.), inne usługi finansowane w ramach Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w części IV ust. 12 Programu finansowane ze środków publicznych,
- świadomy odpowiedzialności karnej oświadczam, że podane przeze mnie informacje są prawdziwe.

Do Karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionego, oraz inne dokumenty niezbędne do potwierdzenia spełnienia dodatkowych kryteriów.

Bydgoszcz,

Data

.....

Podpis członka rodziny/ opiekuna