**WNIOSEK DO Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Powiecie Warszawskim Zachodnim**

**O USŁUGI OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ**

**realizowane w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2020**

**Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej**

# 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) |  |
| **Osoba niesamodzielna jest niepełnoletnia** (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 w formie specjalistycznego poradnictwa psychologicznego lub terapeutycznego, nauki pielęgnacji, rehabilitacji i dietetyki[[1]](#footnote-1)

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

specjalistyczne poradnictwo psychologiczne lub terapeutyczne \_\_\_\_\_\_

nauka pielęgnacji \_\_\_\_\_\_

nauka rehabilitacji \_\_\_\_\_\_

nauka dietetyki \_\_\_\_\_\_

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

**Informacja dla Wnioskodawcy/ opiekuna faktycznego osoby niesamodzielnej:**

Usługa opieki wytchnieniowej realizowana jest w formie specjalistycznego poradnictwa psychologicznego lub terapeutycznego, nauki pielęgnacji, rehabilitacji i dietetyki organizowanych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Powiecie Warszawskim Zachodnim

# OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY

Oświadczam, że osoba wskazana jako opiekun jest (p*roszę wstawić* ***X*** *przy wybranej pozycji):*

1. opiekunem faktycznym \_\_\_\_\_
2. opiekunem prawnym \_\_\_\_\_
3. członkiem rodziny \_\_\_\_\_
4. inne ……………………… \_\_\_\_\_

sprawującym bezpośrednią opiekę nad: ……………………………………………………………………………………….

*(imię i nazwisko osoby niesamodzielnej)*

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

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.

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

# OŚWIADCZENIE OPIEKUNA FAKTYCZNEGO OSOBY NIESAMODZIELNEJ

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Powiecie Warszawskim Zachodnim w celu realizacji wniosku o świadczenie usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wychtnieniowa” – edycja 2020 Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

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

*Klauzula Informacyjna dla opiekuna faktycznego stanowi załącznik do wniosku.*

# DO WNIOSKU DOŁĄCZAM:

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

1. Orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności (bądź równoważne) / orzeczenie   
   o niepełnosprawności \_\_\_\_\_\_
2. Kartę oceny stanu pacjenta wg skali Barthel \_\_\_\_\_\_
3. Inne, jakie: …………………………………………………………………… \_\_\_\_\_\_

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

**Informacja dla Wnioskodawcy:**

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

Wg założeń Programu **pierwszeństwo** w skorzystaniu z usług opieki wytchnieniowej przysługuje członkowi rodziny lub opiekunowi sprawującemu bezpośrednią opiekę nad osobą, której uzupełniono Kartę oceny stanu pacjenta wg skali Barthel, a wynik badania wyniósł od 0 do 75 punktów i dotyczy:

* dzieci niepełnosprawnych z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji;
* osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności, które są całkowicie niesamodzielne.

1. Liczba przyznanych godzin usług będzie ustalona we współpracy z PCPR i może wynosić max 40 godzin [↑](#footnote-ref-1)