|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko opiekuna faktycznego OzN ………………….………………………………..**  **Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnościami …………………………………………………**    **Szanowni Państwo.**  **Na realizację całodobowej opieki wytchnieniowej dysponujemy znacznie mniejszą kwotą niż zapotrzebowanie z Państwa strony.**  **Zgodnie z Programem** w pierwszej kolejności uwzględnia potrzeby członków rodzin lubopiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, która stale przebywa w domu i nie korzysta np. z ośrodka wsparcia, z placówek pobytucałodobowego, ze środowiskowego domu samopomocy, z dziennego domu pomocy, zwarsztatu terapii zajęciowej lub jest zatrudniona, uczy się albo studiuje.  **Kolejno realizator ma obowiązek przyznając usługę opieki wziąć pod uwagę stan zdrowia i sytuację życiową uczestników Programu oraz osób z niepełnosprawnościami. Prosimy zatem o wypełnienie i złożenie załączonej mini ankiety wraz ze zgłoszeniem co umożliwi nam podejmowanie decyzji zgodnie z Programem.**    **WPISUJEMY TAK LUB NIE** | | |  |  |  |  |
| 1. | Czy osoba niepełnosprawna, której opieka dotyczy korzysta z ośrodka wsparcia, z placówek pobytucałodobowego, ze środowiskowego domu samopomocy, z dziennego domu pomocy, zwarsztatu terapii zajęciowej lub jest zatrudniona, uczy się albo studiuje. |  |  |  | | |
| 2. | czy rodzic/opiekun samotnie wychowuje/sprawuje opiekę nad osobą niepełnosprawną |  |  |  |  |  |
| 3. | czy osoba niepełnosprawna ma niepełnosprawności sprzężone |  |  |  |  |  |
| 4. | czy jeden z rodziców/opiekunów korzysta ze świadczenia pielęgnacyjnego |  |  |  |  |  |
| 5. | czy rodzic/opiekun ma powyżej 65 |  |  |  |  |  |
| 6. | czy opiekun wymaga hospitalizacji/rekonwalescencji po zabiegu medycznym |  |  | wpisać kiedy planowane | | |
| 7. | wiek ON powyżej 30 |  |  |  |  |  |
|  | **Dodatkowa informacja:**  **W przypadku zatrudnienia rodzica/opiekuna proszę podać wymiar etat bądź liczbę godzin pracy w m-cu ……………………………………………………** |  |  |  |  |  |
|  | Dokument składamy do 15 kwietnia 2025r |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Data i czytelny podpis wnioskodawcy/rodzica/opiekuna składającego wniosek ………………………………………………