

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 lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, która stale przebywa w domu i nie korzysta np. z ośrodka wsparcia, z placówek pobytu całodobowego, ze środowiskowego domu samopomocy, z dziennego domu pomocy, z warsztatu 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 pobytu całodobowego, ze środowiskowego domu samopomocy, z dziennego domu pomocy, z warsztatu 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	
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