

Załącznik nr 1 do zarządzenia Dyrektora MOPS nr 23/2019

ZGŁOSZENIE

dotyczące świadczenia usług w ramach programu *Opieka wychnieniowa – edycja 2019*

Oświadczam, iż jestem członkiem rodziny/opiekunem sprawującym bezpośrednią opiekę nad:

- dzieckiem niepełnosprawnym** z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji, konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji,
- osobą ze znacznym stopniem niepełnosprawności.**

Informuję o potrzebie otrzymania wsparcia w postaci doraźnej, czasowej przerwy w sprawowaniu opieki poprzez przyznanie usług opieki wychnieniowej w formie pobytu dziennego w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej dla:

.....
(imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej)

.....,
(adres)

w proponowanym wymiarze godzin tygodniowo, świadczonych raz/y

w tygodniu, w okresie od do

.....
data i podpis członka rodziny/opiekuna

Załączniki wymagane do zgłoszenia:

- Orzeczenie o niepełnosprawności – kopia, oryginał do wglądu
- Karta oceny stanu pacjenta wg zmodyfikowanej skali Barthel, wypełniona przez lekarza specjalistę – zgodnie z symbolem przyczyny niepełnosprawności znajdującej się w orzeczeniu

Informacja Działu Usług

- Potwierdzam, iż zgłoszona osoba posiada uprawnienia do przyznania usług w ramach programu *Opieka wytchnieniowa – edycja 2019*.

Uwzględniając możliwości organizacyjne, proponowany wymiar usług wynosi:

..... godzin tygodniowo, świadczonych raz/y w tygodniu, w okresie od do

- Informuję, iż zgłoszona osoba nie posiada uprawnień do przyznania usług w ramach programu *Opieka wytchnieniowa – edycja 2019*.

Uzasadnienie

.....
.....
.....
.....
.....

- Informuję, iż ze względów organizacyjnych, pomimo iż zgłoszona osoba posiada uprawnienia do przyznania usług w ramach programu *Opieka wytchnieniowa – edycja 2019*, aktualnie nie ma możliwość objęcia usługami. Osoba zostaje wpisana na listę osób oczekujących pod pozycją ... i o możliwości świadczenia usług zostanie powiadomiona pisemnie, w celu dopełnienia pozostałych formalności.

.....
data i podpis Kierownika Działu Usług