

**WNIOSEK**  
**O ŚWIADCZENIE USŁUG OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ**  
**realizowanych w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2019**

**I. DANE WNIOSKODAWCY:**

Imię i nazwisko:.....

PESEL:..... nr tel. ....

Adres zamieszkania:.....

Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż zamieszkania):  
.....

**II. DANE PODOPIECZNEGO:**

Imię i nazwisko:.....

PESEL:.....

Adres zamieszkania:.....

**III. ZAKRES WNIOSKOWANYCH USŁUG**

Wnioskuje o przyznanie usług opieki wytchnieniowej w następującym zakresie (*zaznaczyć wnioskowane wsparcie*):

- poradnictwa psychologicznego,
- wsparcia w zakresie nauki pielęgnacji i rehabilitacji,
- wsparcia w zakresie nauki dietetyki.

**IV. UZASADNIENIE DOTYCZĄCE WYBORU OKREŚLONYCH TYPÓW USŁUG:**

Poradnictwo psychologiczne  
.....  
.....  
.....

Wsparcie w zakresie nauki pielęgnacji i rehabilitacji  
.....  
.....  
.....

Wsparcie w zakresie nauki dietetyki  
.....  
.....  
.....

.....  
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

## V. OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY

Oświadczam, że jestem członkiem rodziny/opiekunem sprawującym bezpośrednią opiekę nad ....., która/y jest:

*(wpisać imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej, którą opiekuje się wnioskodawca)*

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

Jednocześnie oświadczam, że:

- nie korzystam ze wsparcia programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2019 w gminie,
- korzystam ze wsparcia w ramach modułu I programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2019 realizowanego przez .....
- (wpisać odpowiednią instytucję – realizatora Modułu I)*
- w wymiarze ..... godzin.

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam, że dane zawarte we wniosku, jak również w innych dokumentach złożonych w ramach realizacji Programu zostały podane zgodnie z prawdą.

Ponadto zobowiązuję się informować niezwłocznie o wszelkich zmianach mających wpływ na rozstrzygnięcie dotyczące przyznania wsparcia.

.....  
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

## VI. ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:

1. Karta oceny stanu zdrowia pacjenta wg zmodyfikowanej skali Barthel (wypełnia lekarz specjalista – zgodnie z symbolem przyczyny niepełnosprawności znajdującej się na orzeczeniu);
2. Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności/stopniu niepełnosprawności;
3. Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych.

## VII. POUCZENIE:

***Złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem usług. Wnioski rozpatrywane są w roku złożenia i nie przechodzą na kolejne lata.***

***Łączne wsparcie dla członka rodziny lub opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad dzieckiem/osobą niepełnosprawną w formie opieki wytchnieniowej realizowanej w ramach modułu I i III programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2019 nie może przekroczyć 240 godzin.***