

Zielona Góra, dnia

.....
imię i nazwisko osoby
z niepełnosprawnością

.....
Adres zamieszkania

.....
PESEL, nr dokumentu poświadczającego tożsamość

Zespół Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży
Niepełnosprawnej „Promyk” SP ZOZ
z siedzibą w Zielonej Górze (65-301)
ul. B. Głowackiego
e-mail: rejestracja@promyk.zgora.pl

WNIOSEK
REKRUTACYJNY
W RAMACH OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ

Zwracam się z prośbą o przyznanie wsparcia w formie pobytu wytchnieniowego – całodobowej opieki. Preferowany termin uczestnictwa osoby niepełnosprawnej to okres od dnia.....do dnia.....

Oświadczam, iż w przypadku niemożliwości przyznania wsparcia we wskazanym wyżej terminie jestem/nie jestem* zainteresowany pobylem w innym okresie.

Dodatkowe informacje skierowane do Hostelu np. szczególne okoliczności, wyjątkowa sytuacja itd.

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

na jakie to okoliczności przedkładam dokumenty, jak w załączeniu.

*Niewłaściwe skreślić

1. Oświadczam, iż zapoznałem/am się z projektem Umowy o czasowe sprawowanie całodobowej opieki nad Osobą niepełnosprawną wyłonioną w procesie rekrutacji w ramach „Opieki wytchnieniowej” oraz obowiązkami z niej płynącymi i zobowiązuję się je wypełnić w przypadku zakwalifikowania do Pobytu wytchnieniowego. Zobowiązuję się ponadto wypełnić i dostarczyć do wniosku wszystkie niezbędne dokumenty wskazane jako załączniki.
2. Oświadczam, że stale opiekuję się dzieckiem/osobą z niepełnosprawnością nie będąc opiekunem zawodowym i nie pobierając wynagrodzenia z tytułu sprawowania tej opieki. Sprawuję faktyczną opiekę nad osobą zaliczana do osób niepełnosprawnych, a przez to niesamodzielną.
3. Oświadczam, że zapoznałam/em się i akceptuję „Regulamin usług socjalnych w Hostelu”.
4. Oświadczam, iż nie istnieją przeciwwskazania do świadczenia usług socjalnych w rozumieniu § 4 ust. 3 tego Regulaminu.
5. Oświadczam, iż jestem zameldowany / zamieszkuję na terenie Miasta Zielona Góra. Oświadczam, iż jest zameldowany/a i zamieszkuje na terenie Miasta Zielona Góra.
6. Oświadczam, że osoba..... nad którą sprawuję opiekę zamieszkuje pod adresem.....
7. Oświadczam, że nie korzystałam/em w bieżącym roku kalendarzowym z tzw. opieki wytchnieniowej (dotyczy to różnych form opieki wytchnieniowej). W przypadku korzystania z opieki wytchnieniowej w danym roku kalendarzowym, należy wskazać ilość dni:
.....
.....
8. Oświadczam, iż osoba dorosła z niepełnosprawnością pozostająca pod moją opieką jest osobą: posiadającą pełną zdolność do czynności prawnych, ubezwłasnowolnioną częściowo, ubezwłasnowolnioną całkowicie*.
9. Oświadczam, że uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań wynikającej z art. 233 § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (Dz.U. z 1997 r. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.), potwierdzam, że powyższe dane są prawdziwe.
10. Oświadczam, iż w imieniu własnym / w imieniu osoby z niepełnosprawnościami wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu rekrutacji i udzielania usługi socjalnej.

.....
podpis Opiekuna osoby z niepełnosprawnością

.....
Miejsce zamieszkania Opiekuna

.....
Dane kontaktowe

*Niewłaściwe skreślić

Załączniki:

Dokumenty obligatoryjne:

1. Kserokopię (oryginał do wglądu) orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności/orzeczenia równoważnego.
2. Kserokopię (oryginał do wglądu) aktualnego zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia osoby z niepełnosprawnością dotyczącego możliwości uczestnictwa w całodobowej opiece wytchnieniowej.
3. Kserokopię (oryginał do wglądu) w przypadku dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie opinii psychologa/psychiatry.

Dokumenty fakultatywne (potwierdzające kryteria preferencyjne):

1. Długotrwałe sprawowanie opieki¹
2. Znaczny stopień niepełnosprawności powodujący całkowitą niesamodzielność osoby niepełnosprawnej²
2. Niepełnosprawność sprzężona i/bądź niepełnosprawność intelektualna powodująca niesamodzielność osoby niepełnosprawnej³
3. Niepełnosprawność Rodzica/Opiekuna faktycznego sprawującego opiekę nad osobą niepełnosprawną⁴
4. Wiek Rodzica/Opiekuna⁵
5. Pełnienie przez Rodzica/Opiekuna opieki nad więcej niż jedną Osobą niepełnosprawną⁶
6. Sprawowanie przez Rodzica/Opiekuna wyłącznej opieki nad osobą niepełnosprawną (gospodarstwo domowe składa się wyłącznie z 2 osób – Rodzica/Opiekuna faktycznego i Osoby niepełnosprawnej)⁷
7. Sytuacja kryzysowa (nagła choroba Rodzica/Opiekuna, konieczność pobytu Rodzica/Opiekuna w szpitalu konieczność wyjazdu Rodzica/Opiekuna w związku z niemożliwym do przewidzenia wydarzeniem).
8. Brak możliwości uzyskania pomocy w innych placówkach udzielających opieki wytchnieniowej.
9. Inna sytuacja szczególna niemożliwa do przewidzenia.

¹ Oświadczenie Rodzica/Opiekuna w tym zakresie.

² Zaświadczenie lekarskie potwierdzające ten stan.

³ Zaświadczenie lekarskie potwierdzające ten stan.

⁴ Zaświadczenie lekarskie i orzeczenie.

⁵ Oświadczenie Rodzica/Opiekuna – do wglądu okazanie dowodu tożsamości, nie załączać kopii do wniosku

⁶ Zaświadczenia i inne dokumenty mogące potwierdzić ten fakt.

⁷ Oświadczenie Rodzica/Opiekuna.