

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 8A  
e-mail: rejestracja@promyk.zgora.pl

**WNIOSEK**  
**REKRUTACYJNY**  
**DO CZASOWEJ CAŁODOBOWEJ OPIEKI NAD OSOBĄ Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ**  
**W HOSTELU**

Zwracam się z prośbą o przyznanie wsparcia w formie czasowej – całodobowej opieki nad osobą z niepełnosprawnością w Hostelu. 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 pobytem 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 z niepełnosprawnością w Hostelu, wyłonioną w procesie rekrutacji oraz obowiązkami z niej płynącymi i zobowiązuję się je wypełnić w przypadku zakwalifikowania do Pobytu. 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 § 3 ust. 4 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) orzeczenie o niepełnosprawności w przypadku dzieci do 16 roku życia/ 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.

#### **Dokumenty fakultatywne (potwierdzające kryteria preferencyjne):**

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

---

<sup>1</sup> Oświadczenie Rodzica/Opiekuna w tym zakresie.

<sup>2</sup> Zaświadczenie lekarskie potwierdzające ten stan.

<sup>3</sup> Zaświadczenie lekarskie potwierdzające ten stan.

<sup>4</sup> Zaświadczenie lekarskie i orzeczenie.

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

<sup>6</sup> Zaświadczenia i inne dokumenty mogące potwierdzić ten fakt.

<sup>7</sup> Oświadczenie Rodzica/Opiekuna.