



**WNIOSEK O ŚWIADCZENIE USŁUG OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ realizowanych
w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2019 Ministerstwa Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej**

- członka rodziny lub opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad dzieckiem niepełnosprawnym z orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami : konieczności stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia ,rehabilitacji i edukacji
- członka rodziny lub opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad osobą niepełnosprawną ze znacznym stopniem niepełnosprawności

*zaznacz znak X w odpowiednim kwadracie

I. DANE WNIOSKODAWCY:

Imię i nazwisko:.....

PESEL:.....

Adres zamieszkania:.....

Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż zamieszkania)

.....

Nr tel.....

II. DANE PODOPIECZNEGO:

Imię i nazwisko:.....

PESEL:.....

Adres zamieszkania:.....

III. Zwracam się z prośbą o przyznanie usług opieki wytchnieniowej we wskazanym wymiarze godzinowym:

Ilość godzin w tygodniu

Częstotliwość opieki wytchnieniowej

Pożądany rozkład czasu świadczenia opieki wytchnieniowej

.....

IV. OŚWIADCZENIA

Oświadczam, iż jestem członkiem rodziny/opiekunem sprawującym bezpośrednią opiekę² nad:

.....
(imię i nazwisko podopiecznego).

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

¹ Niewłaściwe skreślić

V. Do wniosku należy dołączyć:

1. Kartę oceny stanu zdrowia pacjenta wg zmodyfikowanej skali Barthel (wypełnia lekarz specjalista – zgodnie z symbolem przyczyny niepełnosprawności znajdującej się na orzeczeniu)
2. Kserokopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.
3. Klauzulę RODO – załącznik nr 2 do wniosku
4. Harmonogram pożądaných godzin uzyskania Opieki wytchnieniowej na 2019 rok

UWAGA: informuje, że złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem usług oraz, że wnioski rozpatrywane są w roku złożenia i nie przechodzą na kolejne lata.

Oświadczam, że powyższe dane są prawdziwe i jestem Świadomy/ Świadoma odpowiedzialności za podanie nieprawdziwych informacji

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

Wyrażam zgodę na umieszczanie i przetwarzanie moich danych osobowych przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Łomży dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku o świadczenie usług opieki wytchnieniowej, zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

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



Harmonogram pożądaných godzin uzyskania Opieki wychowawczej na 2019 rok

| Dzień miesiąca | Sierpień godziny od-do | Ilość godzin | Wrzesień godziny od -do | Ilość godzin | Październik godziny od-do | Ilość godzin | Listopad godziny od -do | Ilość godzin | Grudzień godziny od -do | Ilość godzin |
|---------------------------------------|---------------------------|--------------|----------------------------|--------------|------------------------------|--------------|----------------------------|--------------|----------------------------|--------------|
| 1 | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | |
| 21 | | | | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | | | | |
| 23 | | | | | | | | | | |
| 24 | | | | | | | | | | |
| 25 | | | | | | | | | | |
| 26 | | | | | | | | | | |
| 27 | | | | | | | | | | |
| 28 | | | | | | | | | | |
| 29 | | | | | | | | | | |
| 30 | | | | | | | | | | |
| 31 | | | | | | | | | | |
| Ogółem liczba godzin | | | | | | | | | | |
| Łącznie liczba godzin w 2019 | | | | | | | | | | |



KARTA OCENY STANU PACJENTA WG ZMODYFIKOWANEJ SKALI BARTHEL

Imię i nazwisko pacjenta

.....

Adres zamieszkania

.....

PESEL

.....

| L/p | NAZWA CZYNNOŚCI * | WARTOŚĆ PUNKTOWA **/ |
|-----|---|----------------------------|
| 1. | Spożywanie posiłków 0= nie jest w stanie samodzielnie jeść lub przełykać, 5= potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu, karmieniu doustnym 10= samodzielny, niezależny | |
| 2. | Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem/siadanie 0= nie jest w stanie przemieszczać się, nie zachowuje równowagi przy siadaniu oraz siedzeniu 5= przemieszcza się z pomocą fizyczną jednej lub dwóch osób, może siedzieć 10= mniejsza pomoc (słowna lub fizyczna) 15=samodzielny | |
| 3. | Utrzymanie higieny osobistej 0= nie jest w stanie wykonać żadnych czynności higienicznych 5=potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności higienicznych 10=samodzielny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, także z zapewnionymi pomocami | |
| 4. | Korzystanie z toalety (WC) 0= nie korzysta w ogóle z toalety 5= potrzebuje lub częściowo potrzebuje pomocy przy korzystaniu z toalety 10=samodzielny w dotarciu do toalety oraz w zdejmowaniu i zakładaniu części garderoby | |
| 5. | Mycie i kąpiel całego ciała 0= kapany w wannie przy pomocy podnośnika 5= wymaga pomocy 10=samodzielny | |

| | | |
|--|---|--|
| 6. | Poruszanie się po powierzchniach płaskich 0= w ogóle nie porusza się 5= porusza się na odległość do 50m za pomocą sprzętu wspomagającego i z pomocą co najmniej jednej osoby 10= samodzielny, niezależny w poruszaniu się na odległość powyżej 50m, także w użyciu sprzętu wspomagającego | |
| 7. | Wchodzenie i schodzenie po schodach 0= nie jest w stanie wchodzić i schodzić po schodach nawet z pomocą innej osoby 5= potrzebuje pomocy fizycznej asystenta, przenoszenia 10= samodzielny | |
| 8. | Ubieranie się i rozbieranie 0= potrzebuje kompleksowej pomocy innej osoby 5= potrzebuje częściowej pomocy innej osoby 10= samodzielny, niezależny (także w zapinaniu guzików, zamka, zawiązywanie sznurowadeł) | |
| 9. | Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu 0= nie panuje nad oddawaniem stolca 5= sporadycznie bezwiednie oddaje stolec 10= kontroluje oddawanie stolca | |
| 10. | Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego 0= nie panuje nad oddawaniem moczu 5= sporadycznie bezwiednie oddaje mocz 10= kontroluje oddawanie moczu | |
| Łączna liczba punktów (wynik oceny) *** | | |

Dodatkowe, inne niż wymienione wyżej, przesłanki świadczące o zakwalifikowaniu pacjenta do grupy osób niesamodzielnych tj. osób które ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymagają opieki lub wsparcia w związku z niemożliwością wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego

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

..... data,
pieczęć, podpis lekarza specjalisty

* w punktach 1-10 należy wybrać jedną z możliwości najlepiej opisującą stan pacjenta i podkreślić

** wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości

*** w ramce wpisać uzyskaną sumę punktów