



Formularz zgłoszenia do usługi „Opieka wytchnieniowa”

w ramach projektu „Rozwój usług społecznych dla mieszkańców Miasta Łaziska Górne świadczonych w ramach Centrum Usług Społecznych w Łaziskach Górnych”.

1. Dane osoby ubiegającej się o przyznanie usługi: (opiekuna faktycznego osoby niepełnosprawnej sprawującego bezpośrednią opiekę, przedstawiciela ustawowego):

Imię i nazwisko:

.....

Data urodzenia:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Telefon:

.....

E-mail:

.....

2. Dane dotyczące osoby niepełnosprawnej, objętej opieką przez osobę ubiegającą się o przyznanie usługi „opieki wytchnieniowej”:

Imię i nazwisko:

.....

Data urodzenia:

.....

Adres zamieszkania:

.....

3. Rodzaj niepełnosprawności:

- dysfunkcja narządu ruchu
- dysfunkcja narządu wzroku
- zaburzenia psychiczne
- dysfunkcje o podłożu neurologicznym
- dysfunkcja narządu mowy i słuchu
- pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne
- inne.....



4. W jakich czynnościach w szczególności wymagane jest wsparcie:

- 1) czynności samoobsługowe **Tak** / **Nie**
- 2) czynności pielęgnacyjne **Tak** / **Nie**
- 3) w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem
Tak / **Nie**
- 4) czy osoba może uczestniczyć w zajęciach grupowych? **Tak** / **Nie**
- 5) czy istnieją przeciwwskazania do udziału w zajęciach grupowych? **Tak** / **Nie**

Jeśli tak, to jakie?

.....
.....

6) inne:.....

Istotne informacje na temat ograniczeń osoby niepełnosprawnej w zakresie komunikowania się lub poruszania się (wypełnia opiekun/członek rodziny, który ubiega się o przyznanie usługi „opieki wytchnieniowej”):

.....
.....

7) inne istotne informacje rodzica/opiekuna o stanie zdrowia/funkcjonowaniu dziecka/podopiecznego (np.: uczulenia, problemy oddechowe, problemy neurologiczne):

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

5. Preferowany okres świadczenia usługi:

Data rozpoczęcia realizacji usługi:.....

Data zakończenia realizacji usługi:.....

6. Załączniki:

- orzeczenie o niepełnosprawności **Tak** / **Nie**
- zaświadczenie lekarskie **Tak** / **Nie**

Oświadczenie

Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu Usług Społecznych oraz Regulaminem i warunkami uczestnictwa w projekcie „*Rozwój usług społecznych dla mieszkańców Miasta Łaziska Górne świadczonych w ramach Centrum Usług Społecznych w Łaziskach Górnych*”. Spełniam warunki uczestnictwa w projekcie jako odbiorcy usług i wyrażam zgodę na zawarcie Indywidualnego Planu Usług Społecznych.

W celu zapewnienia wysokiej jakości usług, wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowanie przez CUS świadczonej usługi „Opieka wytchnieniowa” w miejscu jej realizacji.

.....
*Podpis opiekuna prawnego lub członka rodziny,
opiekuna osoby niepełnosprawnej*

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA o wyrażeniu zgody na publikację wizerunku

Udzielam / nie udzielam* Centrum Usług Społecznych w Łaziskach Górnych nieodpłatnego i nieodwołalnego prawa wielokrotnego wykorzystywania zdjęć z moim wizerunkiem/wizerunkiem mojego/mojej*.....

bez konieczności każdorazowego ich zatwierdzania w związku z uczestnictwem w projekcie pt.: „Rozwój usług społecznych dla mieszkańców Miasta Łaziska Górne świadczonych w ramach Centrum Usług Społecznych w Łaziskach Górnych”.

Zgoda / brak zgody* obejmuje wykorzystanie, obróbkę, utrwalanie i powielanie wykonanych zdjęć, za pośrednictwem dowolnego medium wyłącznie w celu zgodnym z prowadzonymi przez Wnioskodawcę działaniami w ramach projektu pt.: „Rozwój usług społecznych dla mieszkańców Miasta Łaziska Górne świadczonych w ramach Centrum Usług Społecznych w Łaziskach Górnych”.

Oświadczam, że jestem pełnoletni/a i nieograniczony/a w zdolności do czynności prawnych, oraz że zapoznałem się z powyższą treścią i w pełni ją rozumiem.

Imię i nazwisko:

Dokładny adres zamieszkania:

.....

(miejscowość, data)

.....

podpis Uczestnika¹

*Niepotrzebne skreślić

¹ W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej, oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej opiekuna prawnego.

Wniosek.

Koordinator Indywidualnych Planów Usług Społecznych wnioskuję o przyznanie usługi „Opieka wytchnieniowa” w postaci preferowanego wsparcia:

Preferowane wsparcie	Planowany termin rozpoczęcia	Planowany termin zakończenia
Opieka wytchnieniowa		

Uwagi:

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

.....

Pieczęć i podpis KIPUS-a

Potwierdzenie zakwalifikowania / nie zakwalifikowania do korzystania z usługi „Opieka wytchnieniowa”

Decyzja Organizatora Usług Społecznych:

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

Uzasadnienie nie zakwalifikowania do korzystania z usługi „Opieka wytchnieniowa”:

.....
.....

.....
pieczęć i podpis Organizatora Usług Społecznych