Załącznik nr 7A do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie

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:

……

Adres zamieszkania:

……

Telefon:

……..

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

Imię i nazwisko:

……

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 przeciwskazania 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. 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