Włocławek, dnia………………………

……………………………………………………………………..

|  |
| --- |
| Numer wniosku: |

pieczątka jednostki

……………………………………………………………………..

imię i nazwisko opiekuna/członka rodziny osoby niepełnosprawnej

…………………………………………………………………….

adres zamieszkania

……………………………………………………………………

numer telefonu kontaktowego

……………………………………………………………………..

imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej

……………………………………………………………………..

adres zamieszkania

**WNIOSEK**

**o przyznanie świadczenia w ramach programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2019**

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

* dzieckiem niepełnosprawnym z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji, konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji;
* osobą ze znacznym stopniem niepełnosprawności;

**Wnioskuje o przyznanie świadczenia opieki wytchnieniowej w ramach:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MODUŁ I**  **(świadczenie usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego)\*** | **MODUŁ II**  **(świadczenie usług opieki wytchnieniowej jako rozszerzenie usług opiekuńczych w ramach pobytu całodobowego)\*** | **MODUL III**  **(świadczenie usług opieki wytchnieniowej w formie specjalistycznego poradnictwa dla opiekunów)\*** |
| * W miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej   Liczba godzin wsparcia:  …………………………………………. | Liczba dni całodobowego pobytu:  …………………………………………… | * Specjalistyczne poradnictwo psychologiczne lub terapeutyczne;   Liczba godzin……………………..   * Nauka w zakresie pielęgnacji;   Liczba godzin……………………..   * Nauka w zakresie rehabilitacji;   Liczba godzin……………………..   * Nauka w zakresie dietetyki;   Liczba godzin…………………….. |

\*Limit 240 godzin w ramach Modułu I i III jest sumą wsparcia dla członka rodziny/opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad 1 dzieckiem/osobą niepełnosprawną. (bezpłatnie)

\*Limit 14 dni dla opieki wytchnieniowej w formie pobytu całodobowego. (bezpłatnie)

**Uzasadnienie wniosku**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………..

*Czytelny podpis członka rodziny/opiekuna*

Załączniki do wniosku:

1. Karta oceny stanu pacjenta wg zmodyfikowanej skali BARTHEL
2. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności *(oryginał do wglądu)*
3. Klauzula informacyjna