



**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 opiekę<sup>2</sup> nad:

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

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

<sup>1</sup> 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 poświadczonych godzin uzyskania Opieki wychowawczej 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 wychowawczej, 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 wytnhnieniowej na 2019 rok

Dzień miesiąca	2019 r.									
	Sierpień	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 r										



## KARTA OCENY STANU PACJENTA WG ZMODYFIKOWANEJ SKALI BARTHEL

Imię i nazwisko pacjenta

.....

Adres zamieszkania

.....

PESEL

.....

L/p	NAZWA CZYNNOŚCI *	WARTOŚĆ PUNKTOWA **/
1.	<b>Spożywanie posiłków</b> 0= nie jest w stanie samodzielnie jeść lub przełykać, 5= potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu, karmieniu doustnym 10= samodzielny, niezależny	
2.	<b>Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem/siadanie</b> 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.	<b>Utrzymanie higieny osobistej</b> 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.	<b>Korzystanie z toalety (WC)</b> 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.	<b>Mycie i kąpiel całego ciała</b> 0= kapany w wannie przy pomocy podnośnika 5= wymaga pomocy 10=samodzielny	
6.	<b>Poruszanie się po powierzchniach płaskich</b> 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.	<b>Wchodzenie i schodzenie po schodach</b> 0= nie jest w stanie wchodzić i schodzić po schodach nawet z pomocą innej osoby 5= potrzebuje pomocy fizycznej asekuracji, przenoszenia 10= samodzielny	
8.	<b>Ubieranie się i rozbieranie</b> 0= potrzebuje kompleksowej pomocy innej osoby 5= potrzebuje częściowej pomocy innej osoby 10= samodzielny, niezależny (także w zapinaniu guzików, zamka, zawiązywanie sznurowadeł)	
9.	<b>Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu</b> 0= nie panuje nad oddawaniem stolca 5= sporadycznie bezwiednie oddaje stolec 10= kontroluje oddawanie stolca	
10.	<b>Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego</b> 0= nie panuje nad oddawaniem moczu 5= sporadycznie bezwiednie oddaje mocz 10= kontroluje oddawanie moczu	
<b>Łączna liczba punktów (wynik oceny) ***</b>		

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