

Formularz zgłoszeniowy do udziału w Projekcie „Razem dla rodziny”

1. Dane uczestnika (opiekuna faktycznego):

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Telefon:

E-mail:

Powiat: wągrowiecki, obornicki, poznański, chodzieski

2. Dane osoby z niepełnosprawnością:

Imię i nazwisko:

Wiek:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Stopień pokrewieństwa:

Czy zamieszkanie wspólne: TAK NIE

Osoba wymagająca wsparcia w wieku powyżej 70+: TAK NIE

3. Informacje o opiece

a) Od kiedy sprawowana opieka:

b) W jakim zakresie podopieczny wymaga pomocy w codziennym funkcjonowaniu?

Całkowita zależność (karmienie, higiena, przemieszczanie, ubieranie)

Wysoka zależność (częsta pomoc w większości czynności)

Częściowa samodzielność (pomoc okresowa)

c) W jakich bieżących czynnościach życia codziennego wymagane jest wsparcie:

czynności samoobsługowe (np. utrzymanie higieny osobistej);

przemieszczanie się poza miejscem zamieszkania (np. spacer, udanie się do placówki zdrowia, sklepu, itp);

podejmowanie aktywności życiowej i komunikowanie się z otoczeniem;

inne:

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

d) Informacje na temat poziomu samodzielności osoby potrzebującej wsparcia, nad którą członek rodziny/opiekun sprawuje opiekę, w tym ograniczeń w zakresie komunikowania się lub poruszania się (wypełnia członek rodziny/opiekun, który ubiega się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej):

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

4. Czy korzysta Pan/Pani z pomocy innych osób lub instytucji?

Nie korzystam z żadnego wsparcia

Korzystam sporadycznie z pomocy rodziny lub znajomych

Korzystam ze stałego wsparcia instytucjonalnego - jeśli tak, proszę podać rodzaj i nazwę instytucji oraz przyznaną ilość godzin (np. szkoła, studia, WTZ, Środowiskowy Dom Samopomocy, Dzielne Domy Opieki, Usługi asystenckie, inne programy opieki wytchnieniowej):

- Rodzaj wsparcia:
- Nazwa instytucji:
- Przyznana liczba godzin tygodniowo/miesięcznie/ogółem: (podkreślić prawidłowe)

5. Organizacja usług

Preferowane dni/godziny:

.....
.....

6. Czy uczestnik wskazuje opiekuna: TAK NIE

Jeśli TAK:

Imię i nazwisko opiekuna:

Telefon opiekuna:

7. Oświadczenia:

- 1) W celu zapewnienia wysokiej jakości usług opieki wytchnieniowej oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowania przez Realizatora świadczonych usług. Czynności, o których mowa wyżej, dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług.
- 2) Oświadczam, że zapoznałem/am się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Projektu.
- 3) Oświadczam, że zapoznałem/am się z regulaminem projektu.
- 4) Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Projektu „Razem dla rodziny”.
- 5) Oświadczam, że sprawuję faktyczną, codzienną opiekę nad osobą starszą 70+.
- 6) Oświadczam, że w godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej nie będą świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1283), inne usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie. W przypadku naruszenia tej zasady zobowiązuję się do zwrotu wszelkich kosztów zrealizowania usług, o których mowa powyżej wraz z kosztami pośrednimi i innymi ewentualnymi karami, które zostaną nałożone na Fundację „Więcej z Życia” i ujawnione podczas kontroli (zakaz podwójnego finansowania).
- 7) W przypadku wskazania osoby świadczącej usługi w Projekcie „Razem dla rodziny” oświadczam, że osoba ta przygotowana jest do świadczenia usług opieki wytchnieniowej **i nie jest członkiem rodziny**.
- 8) Oświadczam, że podane dane są zgodne z prawdą.

*Do Formularza zgłoszeniowego do udziału w Projekcie „Razem dla rodziny” należy dołączyć zaświadczenie od lekarza pierwszego kontaktu o potrzebie wsparcia drugiej osoby.

.....
Data i podpis Opiekuna faktycznego