

ANKIETA „OPIEKA WYTCHNIENIOWA” EDYCJA 2025

Szanowni Państwo, Gmina Cedynia przygotowuje diagnozę zapotrzebowania na usługi z Programu „Opieka wytchnieniowa” na 2025 r. Na podstawie zebranych danych w ramach poniższej ankiety Gmina dokona oszacowania potrzeb mieszkańców w zakresie zainteresowania skorzystaniem z Programu w 2025 r.

Program „Opieka wytchnieniowa” polega na czasowym zastąpieniu stałego opiekuna w opiece nad dzieckiem/osobą z niepełnosprawnością na czas jej nieobecności (np. kiedy opiekun musi załatwić sprawy urzędowe, medyczne, życiowe, ma potrzebę odpocząć od codziennej sprawowanej opieki).

Metryczka:

Imię i nazwisko opiekuna dziecka/osoby z niepełnosprawnością

.....

Miejsce zamieszkania (sama nazwa miejscowości):

Numer telefonu:

1. Obecnie opiekuje się:

- dzieckiem z orzeczoną niepełnosprawnością (wraz z pkt 7 i 8),
- osobą z orzeczonym znacznym stopniem niepełnosprawności lub równoważnym,
- osobą z orzeczonym znacznym stopniem niepełnosprawności lub równoważnym (sprzężonym; tj. posiada więcej niż jeden symbol przyczyny niepełnosprawności).

2. Mam pod opieką:

- jedną osobę/ dziecko z niepełnosprawnością
- więcej niż jedną osobę/ dziecko z niepełnosprawnością

3. Jestem zainteresowana/y pomocą w formie opieki wytchnieniowej w:

a) formie dziennej:

- w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością, w wymiarze rocznym godz. (max 240 godz.)

b) formie całodobowej:

- w miejscu np. ośrodka wskazanym przez uczestnika Programu, spełniającym kryteria dostępności, które otrzyma pozytywną opinię Gminy, w wymiarze rocznym dób (max 14 dób).

4. Jako opiekun zamieszkuję wraz z dzieckiem/ osobą z niepełnosprawnością sprawując nad nim/nią całodobową opiekę:

- tak

nie

5. Czy dziecko/ osoba z niepełnosprawnością jest obecnie objęte/a pomocą w formie usług opiekuńczych/ specjalistycznych usług opiekuńczych/ usługami asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością lub innymi obejmującymi analogiczne wsparcie?

tak

nie

6. Czy ma Pan/Pani możliwość wskazania osoby która byłaby w stanie pełnić funkcję opiekuna w ramach usług opieki wytchnieniowej spełniającej wymogi Programu:

tak

nie

1. osoby posiadające dyplom potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie asystent osoby niepełnosprawnej/pielęgniarka lub innym, zapewniającym realizację usługi opieki wytchnieniowej w zakresie adekwatnym do indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej lub
2. osoby posiadające, co najmniej 6-miesięczne udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy/opieki osobom niepełnosprawnym, w tym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu itp. (posiadanie doświadczenia, o którym mowa, powinno zostać udokumentowane pisemnym oświadczeniem podmiotu, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym)
3. Osoby wskazane przez uczestnika Programu

**Wskazany opiekun nie może być dla osoby z niepełnosprawnością jej opiekunem prawnym, członkiem rodziny i wspólnie z nią zamieszkiwać. Ponadto musi być przygotowany do realizacji powyższych usług.*

Za członków rodziny uznać należy wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem Programu.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w rodzaju imię, nazwisko, adres zamieszkania, telefon, adres e-mail (w przypadku przesłania ankiety mailem) oraz informacje na temat stanu zdrowia osoby z niepełnosprawnością, w celu oszacowania potrzeb mieszkańców Gminy Piaseczno w zakresie usług opieki wytchnieniowej w związku z zamiarem ubiegania się o środki na realizację Programu „Opieka wytchnieniowa” dla JST – edycja 2025 zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a lub art. 9 ust. 2 lit. a Rozporządzeniem 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 (Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1 ze zm.).

Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej, która stanowi Załącznik nr 1 do niniejszej Ankiety.

.....
Podpis osoby wypełniającej ankietę

Ankietę należy złożyć do:

Ośrodek Pomocy Społecznej w Cedyni, ul. Plac Wolności 8, 74-520 Cedynia

lub na adres mailowy: kierownik@opscedynia.pl

do dnia 21.11.2024 r.

UWAGA! Złożenie ankiety nie jest równoznaczne z aplikowaniem do udziału w Programie, a jedynie służy diagnozie potrzeb w zakresie planowania danych usług.