Załącznik Nr 1 do Załącznika Nr 1

…………………………………………..

(pieczęć Zleceniodawcy)

**ZLECENIE NA USŁUGI**

**w ramach Programu "Opieka wytchnieniowa" - edycja 2023**

1. **Dane osoby, której zleca się usługi opieki wytchnieniowej (opiekuna prawnego/członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej):**

Imię i nazwisko: …………………………………………………………………………………………......

Data urodzenia: ………………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania: ………………………………………………………………………………………...

Telefon: ……………………………………………………………………………………………………….

E-mail: ………………………………………………………………………………………………………..

1. **Dane osoby niepełnosprawnej, której opiekunowi przyznano usługi opieki wytchnieniowej**

Imię i nazwisko: …………………………………………………………………........................................

Data urodzenia: ……………………………………………………………………….................................

Adres zamieszkania: …………………………………………………………………………………………

Rodzaj niepełnosprawności:

□ dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowo - rdzeniowa),

□ dysfunkcja narządu wzroku,

□ zaburzenia psychiczne,

□ dysfunkcje o podłożu neurologicznym,

□ dysfunkcja narządu mowy i słuchu,

□ pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne.

W jakich czynnościach w szczególności wymagane jest wsparcie:

1) czynności samoobsługowe **Tak □ / Nie □**

2)czynności pielęgnacyjne **Tak □ / Nie □**

3)w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełniania ról społecznych **Tak □ / Nie □**

4) w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania **Tak □ / Nie □**

5) w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem **Tak □ / Nie □**

Informacje na temat ograniczeń osoby niepełnosprawnej w zakresie komunikowania się lub poruszania się:

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

1. **Informacje dotyczące realizowanych usług opieki wytchnieniowej**

Opieka wytchnieniowa przyznana w formie:

dziennej\*, miejsce ...................................................................................................................................,

całodobowej\*, miejsce ............................................................................................................................,

Opieka wytchnieniowa przyznana w wymiarze: ...... godzin dziennie\*/tygodniowo\* ........................................................................(podać liczbę godzin w poszczególnych dniach tygodnia)

Miejsce realizacji usług opieki wytchnieniowej: …………………………………………………………….

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

\* Niepotrzebne skreślić

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

Podpis pracownika socjalnego