*Załącznik nr 3*

**INFORMACJA DLA CZŁONKA RODZINY LUB OPIEKUNA OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ KORZYSTAJĄCEGO Z PROGRAMU “OPIEKA WYTCHNIENIOWA” REALIZOWANEGO W GMINIE ZABRZE**

\* Program opieka wytchnieniowa realizowany w gminie Zabrze ma za zadanie odciążenie członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnościami poprzez wsparcie ich w codziennych obowiązkach lub zapewnienie czasowego zastępstwa.

\* Z programu mogą korzystać członkowie rodzin lub opiekunowie dzieci legitymujących się orzeczeniem o niepełnosprawności oraz osób dorosłych legitymujących się orzeczeniem o **znacznym** stopniu niepełnosprawności.

\* O udziale w programie decyduje wypełnienie karty zgłoszeniowej i podpisanie zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Zabrzu.

\* W przypadku dużej ilości chętnych do wzięcia udziału w programie, o kolejności przyjęcia decyduje wynik zamieszczony w Karcie pomiaru niezależności funkcjonalnej wg zmodyfikowanych kryteriów oceny – skali FIM wypełnionej przez lekarza rodzinnego/lekarza rehabilitacji medycznej/fizjoterapeutę/pielęgniarkę.

\* Na każdego z Uczestników programu przewidzianych jest średnio 140 godzin opieki wytchnieniowej w roku 2020, przy czym limit godzin opieki wytchnieniowej w 2020 r. wynosi 240 godzin.

\* Każdy z Uczestników programu zobowiązany jest do potwierdzania podpisem miesięcznej karty realizacji programu „Opieka wytchnieniowa” zgodnie ze zrealizowaną liczbą godzin opieki wytchnieniowej w danym miesiącu.

\* Każdy z Uczestników programu zobowiązany jest do informowania Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Zabrzu o wszelkich nieprawidłowościach w realizacji opieki wytchnieniowej.

\* Każdy z Uczestników programu zobowiązany jest do informowania Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Zabrzu, w trakcie trwania programu, o zmianach dotyczących sytuacji osoby z niepełnosprawnością.

 Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią powyższej informacji

 ………………………………………….

 Data, podpis Uczestnika programu