**Załącznik nr 2**

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

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

\* Z programu mogą korzystać 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, podpisanie zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Zabrzu oraz dostarczenie wypełnionej przez lekarza/lekarza rehabilitacji medycznej/pielęgniarkę/fizjoterapeutę karty pomiaru niezależności funkcjonalnej osoby z niepełnosprawnościami wg zmodyfikowanych kryteriów oceny – skali FIM.

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

\* Na każdego z Uczestników programu przewidzianych jest maksymalny limit 240 godzin opieki wytchnieniowej w roku 2022.

\* 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

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią Regulaminu Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2022 i tym samym spełniam kryteria do skorzystania z usługi

………………………………………….

Data, podpis Uczestnika programu