

KARTA DORADCZA

Wsparcie udzielone w ramach zadania:

Opieka odciążeniowa w miejscu zamieszkania osoby niesamodzielnej oraz wsparcie doradczo informacyjne opiekunów faktycznych osób niesamodzielnych i ich podopiecznych zamieszkałych na terenie Gminy Miejskiej Kraków.

| | |
|--|---|
| Nazwisko | Imię |
| Adres | Dzielnica |
| Pesel | Tel. kontaktowy |
| Jestem osobą*: <ul style="list-style-type: none">Niepełnosprawną TAK NIENiesamodzielną TAK NIE | Stoień orzeczenia*: brak lekki umiarkowany znaczny równoważny ze znacznym |
| Jestem opiekunem faktycznym osoby niesamodzielnej | TAK NIE |
| Jestem opiekunem prawnym osoby niesamodzielnej | TAK NIE |
| Posiadam pełnomocnictwo notarialne od osoby niesamodzielnej | TAK NIE |
| POSZUKUJĘ WSPARCIA: | |
| Opieka wytchnieniowa Czy opiekun wyjeżdża podczas opieki poza Kraków TAK NIE | Data: Zakres: 4h rano 4h po południu 8 h całodobowo |
| Szkolenia | PIELĘGNIAR. LEKARSKIE FIZJO. PSYCH. |
| Usługi zdrowotne | PIELĘGNIAR. LEKARSKIE FIZJO. PSYCH. |
| Grupa wsparcia – tylko OF | OF |
| Inne - proszę opisać rodzaj pomocy: | |
| INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE: | |
| Czy wśród domowników występują choroby zakaźne? | TAK NIE |
| Czy ON ma przyznane usługi opiekuńcze lub asystenckie w innym miejscu? | OPIEKUŃCZE ASYSTENCKIE NIE |
| Czy ON ma zaburzenia funkcji poznawczych? | TAK NIE |
| Czy ON ma możliwość złożenia podpisu? | TAK NIE |
| Czy ON jest ubezwłasnowolniona? | TAK NIE |

Ja, niżej podpisany, oświadczam, iż powyższe dane są prawdziwe i że zostałem pouczony o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań

.....
Data i czytelny podpis Uczestnika Projektu

.....
Podpis Doradcy



DEKLARACJA UCZESTNICTWA W ZADANIU

Ja, niżej podpisany/a

1. Deklaruję uczestnictwo w zadaniu pn. **Opieka odciążeniowa w miejscu zamieszkania osoby niesamodzielnej oraz wsparcie doradczo informacyjne opiekunów faktycznych osób niesamodzielnych i ich podopiecznych zamieszkałych na terenie Gminy Miejskiej Kraków.**
2. Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w zadaniu akceptuję jego zapisy.
3. Oświadczam, że nie jestem objęty/a tym samym rodzajem wsparcia w ramach projektów współfinansowanych przez inne instytucje, organizacje oraz Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, w tym w szczególności Poddziałania 9.2.2 Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego.

.....
(miejscowość i data)

.....
(Czytelny podpis Uczestnika Zadania/opiekuna prawnego)