

Tytuł programu	„Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024
Realizujący projekt	Miasto Bydgoszcz/Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Bydgoszczy

KWESTIONARIUSZ

Lp.	DANE
1.	Imię i nazwisko Uczestnika (tj. członek rodziny lub opiekun sprawujący bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością)
2.	PESEL Uczestnika _____
3.	Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością, nad którą Uczestnik sprawuje bezpośrednią opiekę
4.	PESEL osoby z niepełnosprawnością _____
5.	Płeć osoby z niepełnosprawnością <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
6.	Uczestnik zamieszkuje wspólnie z osobą z niepełnosprawnością, której dotyczy złożona Karta zgłoszenia <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
7.	Uczestnik sprawuje opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, której dotyczy złożona Karta zgłoszenia <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
8.	Uczestnik korzysta w 2024 roku ze wsparcia, które finansowane jest ze środków publicznych o podobnym lub tożsamym zakresie do zakresu świadczonego w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2024 <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

9.	Uczestnik sprawujący opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, która stale przebywa w domu nie korzysta z placówek pobytu całodobowego np. ośrodka szkolno-wychowawczego, internatu	<input type="checkbox"/> Tak (wymienić z jakich placówek): <input type="checkbox"/> Nie
10.	Uczestnik korzystał ze wsparcia w ramach Programu „Opieka wychowawcza” – edycja 2023.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
11.	Osoba z niepełnosprawnością korzysta z ośrodka wsparcia np. uczestnictwo w zajęciach WTZ, ŚDS, klub samopomocy DDP itp.	<input type="checkbox"/> Tak (wymienić ośrodki wsparcia): <input type="checkbox"/> Nie
12.	Osoba z niepełnosprawnością korzysta z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej (Dz.U.2021. poz. 22680.	<input type="checkbox"/> Tak (wymienić z jakich): <input type="checkbox"/> Nie
13.	Osoba z niepełnosprawnością korzysta z usługi asystencji osobistej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla JST – edycja 2024?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
14.	Uczestnik posiada co najmniej umiarkowany stopień niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
17.	Uczestnik sprawuje bezpośrednią opiekę nad więcej niż jedną osobą z niepełnosprawnością	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
16.	Miejsce na opis sytuacji rodzinnej lub życiowej – mogą mieć wpływ na uczestnictwo w Programie (nie dotyczy sytuacji mieszkaniowej i materialnej)	

	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--	--

OŚWIADCZENIA	
1.	Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 realizowanego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Bydgoszczy ze środków Funduszu Solidarnościowego
2.	Oświadczam, że poinformuję Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Bydgoszczy o każdej zmianie mojej sytuacji życiowej mającej wpływ na kwalifikacje do Programu.
3.	Świadomy o możliwości pociągnięcia do odpowiedzialności za składanie oświadczenia niezgodnego z prawdą, niniejszym oświadczam, że podane przeze mnie dane są prawdziwe.

Bydgoszcz, dn.

Czytelny podpis.....

W przypadku wątpliwości Realizator dokona weryfikacji informacji zawartych w Kwestionariuszu we właściwych jednostkach lub bezpośrednio z Uczestnikiem.