

Zarządzenie nr 3/2025
Dyrektora Ośrodka Pomocy Społecznej w Brzeszczach
z dnia 28 stycznia 2025 r.

w sprawie określenia wzoru karty zgłoszenia do objęcia usługami opiekuńczymi poprzez dostęp do tzw. „opieki na odległość”.

Na podstawie uchwały nr LXI/619/2023 Rady Miejskiej w Brzeszczach z dnia 19 grudnia 2023 r. w sprawie przyjęcia programu ośłonowego dla mieszkańców gminy Brzeszcze, na lata 2024 – 2026, dotyczącego realizacji usług opiekuńczych poprzez dostęp do tzw. „opieki na odległość” zarządza się, co następuje:

§1

Określa się wzór karty zgłoszenia do objęcia usługami opiekuńczymi poprzez dostęp do tzw. „opieki na odległość”, w brzemieniu stanowiącym załącznik do niniejszego zarządzenia.

§2

Wykonanie zarządzenia powierza się kierownikowi Działu Pomocy Środowiskowej.

§3

Traci moc zarządzenie nr 15/2023 Dyrektora Ośrodka Pomocy Społecznej w Brzeszczach z dnia 21 grudnia 2023 r. w sprawie określenia wzoru karty zgłoszenia do objęcia usługami opiekuńczymi poprzez dostęp do tzw. „opieki na odległość”.

§4

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od 1 stycznia 2025 r. .

Prezentata Ośrodka Pomocy Społecznej w Brzeszczach

Karta zgłoszenia
do objęcia usługami opiekuńczymi poprzez dostęp do tzw. „opieki na odległość”

I. DANE NIEZBĘDNE DO REALIZACJI ŚWIADCZENIA:

Dane osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela ustawowego bądź innej osoby, za zgodą osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela ustawowego:

1. Imię i nazwisko:
2. Adres zamieszkania:
3. Numer telefonu:
4. PESEL:

6. Orzeczenie o niepełnosprawności:

☐ Tak (zaznaczyć właściwe):

- ☐ znaczny stopień niepełnosprawności (lub traktowane na równi, tj.: I grupa inwalidów, stała albo długotrwała niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym + zasiłek pielęgnacyjny, całkowita niezdolność do pracy i niezdolność do samodzielnej egzystencji, niezdolność do samodzielnej egzystencji)
- ☐ umiarkowany stopień niepełnosprawności (lub traktowane na równi, tj.: II grupa inwalidów, całkowita niezdolność do pracy)
- ☐ lekki stopień niepełnosprawności (lub traktowane na równi, tj.: III grupa inwalidów, stała albo długotrwała niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym, częściowa niezdolność do pracy)

☐ Nie

7. Jestem osobą (zaznaczyć właściwe):

- ☐ Samotną/samotnie gospodarującą
- ☐ Mieszkającą/y z osobami bliskimi, które nie są w stanie zapewnić mi wystarczającego wsparcia

8. Funkcjonowanie w życiu codziennym (zaznaczyć właściwe):

Sposób poruszania się: ☐ bez pomocy ☐ z chodzikiem ☐ o lasce ☐ na wózku inwalidzkim ☐ osoba leżąca	Słuch : ☐ dobry ☐ niedosłuch ☐ głuchota
--	---

Wzrok: ☐ dobry ☐ niedowidzenie ☐ osoba niewidoma	Kontakt słowno – logiczny: ☐ zachowany ☐ zróżnicowany ☐ niezachowany
--	--

Data i podpis wnioskodawcy

.....
Zaznaczyć jeśli dotyczy

- ☐ przedstawiciel ustawowy
- ☐ inna osoba, za zgodą osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela ustawowego

II. DANE DOBROWOLNE, WYMAGAJĄCE ZGODY OSOBY, KTÓREJ DOTYCZĄ:

Dane osoby do kontaktu z centrum teleopieki

1. Imię i nazwisko:

2. Adres zamieszkania:

3. Numer telefonu:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie, podanych w pkt II niniejszej karty zgłoszenia moich danych osobowych, przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Brzeszczach oraz przez podmiot świadczący kompleksowe usługi teleopieki, w celu realizacji usług opiekuńczych poprzez dostęp do tzw. „opieki na odległość” na rzecz

(imię i nazwisko osoby korzystającej z usług)

Data i podpis osoby do kontaktu

.....
Zaznaczyć jeśli dotyczy

- ☐ członek rodziny
- ☐ osoba spoza rodziny