

WERYFIKACJA SPEŁNIENIA WARUNKÓW UDZIAŁU W PROGRAMIE

Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024 realizowanego przez Caritas Archidiecezji Krakowskiej

1. Czy osoba niepełnosprawna posiada zaświadczenie o niepełnosprawności sprzężonej? (Przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności ze wskazaniem co najmniej dwóch niepełnosprawności):

TAK NIE

2. Czy korzystasz z tej samej formy wsparcia w ramach kilku równocześnie realizowanych Programach/Projektach jeżeli realizacja usługi opieki wytchnieniowej prowadzona jest w czasie i terminach zbieżnych z wnioskowanym wsparciem

TAK NIE

3. Czy osoba z niepełnosprawnością, która stale przebywa w domu, nad którą sprawowana jest bezpośrednia opieka korzysta z:

- placówek pobytu całodobowego TAK NIE

- środowiskowego domu samopomocy TAK NIE

- dziennego domu pomocy TAK NIE

- warsztatu terapii zajęciowej TAK NIE

- zakładu aktywności zawodowej TAK NIE

- ośrodka rehabilitacyjno – edukacyjno – wychowawczego TAK NIE

-innego ośrodka (jakiego?)

4. Jeśli osoba niepełnosprawna korzysta ze wsparcia, proszę wskazać średniomiesięczną liczbę godzin wsparcia uzyskiwaną we wskazanej/ych placówce/ach w okresie ostatnich 3 m-cy:

Średniogodzin/miesiąc

5. Czy osoba z niepełnosprawnością, nad którą sprawujesz bezpośrednią opiekę jest zatrudniona?

TAK NIE

6. Czy osoba z niepełnosprawnością, nad którą sprawujesz bezpośrednią opiekę uczy się lub studiuje?

TAK NIE

7. Czy w godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej nie będą świadczone inne usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w ust. 11, finansowane ze środków publicznych.

TAK NIE

.....
(podpis członka rodziny lub opiekuna sprawującego opiekę nad osobą niepełnosprawną)