

Centrum Opieki Wytchnieniowej
ul. Mikołaja Kopernika 17c w Gdańsku

KARTA ZGŁOSZENIA

do opieki wytchnieniowej dziennej lub całodobowej

Integralnym uzupełnieniem Karty zgłoszenia jest kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności osoby niesamodzielnej, diagnoza potrzeb oraz Klauzula informacyjna i klauzula zgody RODO

Cz. A. WYPEŁNIA OPIEKUN

I. Dane osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej (opiekuna osoby niesamodzielnej/ z niepełnosprawnością, sprawującego bezpośrednią i stałą opiekę):

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Telefon: E-mail.....

II. Dane osoby niesamodzielnej/z niepełnosprawnością, nad którą sprawuje opiekę osoba ubiegająca się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej:

Imię i nazwisko:.....

Data urodzenia/wiek:

Adres zamieszkania:

III. Dane opiekuna prawnego: (jeżeli dotyczy)

Imię i nazwisko: Tel.

IV. Preferowana forma, wymiar i miejsce świadczenia usług opieki wytchnieniowej:

dzienna: domowa / w COW ie/ * termin:

w godzinach:

w dniach:

całodobowa w Centrum Opieki Wytchnieniowej w terminie:

V. Oświadczenia:

1. Potwierdzam, że zapoznałem/-am się z treścią obowiązującego Regulaminu opieki Wytchnieniowej dziennej/całodobowej w Fundacji Hospicyjnej.
2. Potwierdzam, że zapoznałem/-am się z treścią obowiązującej klauzuli informacyjnej (RODO) dotyczącej przetwarzania danych osobowych w procesie sprawowania całodobowej i dziennej opieki w Fundacji Hospicyjnej.

Potwierdzam i przyjmuję do wiadomości:

(data i podpis opiekuna osoby z niepełnosprawnością
/niesamodzielnej ze względu na wiek lub chorobę)

Cz. B. WYPEŁNIA PRACOWNIK COW

Czy osoba z niepełnosprawnością posiada orzeczenie o niepełnosprawności znacznej (lub tożsame)?	TAK ZNACZNE SPRZĘŻONE	NIE
Czy opiekun zamieszkuje pod tym samym adresem co osoba z niepełnosprawnością? (województwo pomorskie) Czy osoba	TAK	NIE
korzystała już ze wsparcia COW-u?	TAK (rok, miesiąc, liczba dni)	NIE
Czy przyszły podopieczny jest osobą ubezwłasnowolnioną? Jeżeli tak – czy są dokumenty?	TAK	NIE
Weryfikacja formalna pracownika recepcji COW	POZYTYWNA (data i podpis)	NEGATYWNA (data i podpis, powód)
Po pozytywnej weryfikacji formalnej:		
Wpis do rejestru – rezerwacja miejsca w systemie CALDIS		
Po pozytywnej weryfikacji merytorycznej:		
Poinformowanie opiekuna o pobycie w COW-ie	Data	podpis
Źródło finansowania pobytu:		
<input type="checkbox"/> Fundusz Solidarnościowy		
<input type="checkbox"/> JST gmina/miasto/powiat		
<input type="checkbox"/> Środki własne		
<input type="checkbox"/> inne		

.....
data i podpis pracownika COW