…… Gorzów Wlkp. ……..
/ nazwisko i imię/ /data/

……
/ adres /

**Aktualny nr telefonu……..**

**Gorzowskie Centrum Pomocy Rodzinie**
**ul. Walczaka 42, 66-400 Gorzów Wlkp.**
**Sekcja ds. usług**

**Wniosek o przyznanie pomocy w formie specjalistycznych usług opiekuńczych**

**Zwracam się z prośbą do Gorzowskiego Centrum Pomocy Rodzinie o dofinansowanie do pomocy w formie specjalistycznych usług opiekuńczych od miesiąca …..... w roku 2024 w ilości ……**/ ile razy w tygodniu, po ile godzin /

**Sytuację swoją motywuję tym, iż jestem osobą niepełnosprawną, wymagam pomocy i opieki w czynnościach życia codziennego, a rodzina nie jest w stanie zapewnić takiego wsparcia. Zobowiązuję się jednocześnie regularnego uiszczania opłat za usługi opiekuńcze pod rygorem wstrzymania opieki w razie powstania zaległości.**

**Moje dochody netto wynoszą:……..…...……..zł**
**Zasiłek pielęgnacyjny-**/nie dotyczy dodatku pielęgnacyjnego z ZUS/ **…….zł**
**Dodatek mieszkaniowy, energetyczny wynosi …….……zł, miesięcznie**
**Dochody członków rodziny wspólnie gospodarujących wynoszą:** */wymienić dochody członków rodziny*/**:……**

**<u>Opłaty miesięczne :</u>**

**Czynsz…….**
**Energia elektryczna ……..**
**Gaz ……..**
**Wydatki na leki i leczenie …….…….**
**Inne wydatki ……..**
**Uwagi i wnioski:**
**…….**
**…….....**

**Osoba do kontaktu…….**

/podpis wnioskodawcy lub przedstawiciela ustawowego/

/pieczątka zakładu opieki zdrowotne/

Gorzów Wlkp., …..…….
/data/

*ZAŚWIADCZENIE*

**do Gorzowskiego Centrum Pomocy Rodzinie o konieczności świadczenia specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania**

( na podstawie ustawy o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004r. (Dz.U.2023r. poz.901 ze zm.)

**Zaświadcza się , że**

**Pan(i)……...**

**Pesel …….. zamieszkały(a)**

**w Gorzowie Wlkp. ul.…….**

**Rozpoznanie choroby:**

**……..**

**…….....**

**Ze względu na zły stan zdrowia wymaga pomocy w postaci specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania , na okres ……miesięcy*/ na stałe* w szczególności*,**

**1. Mycie, kąpanie chorego:**
**a) osoba leżąca- w łóżku**
**b) osoba chodząca - w łazience,**
**2. Dbałość o higienę i wygląd.**
**3. Pomoc przy załatwianiu potrzeb fizjologicznych, w tym wymiana pielucho-majtek,**
**4. Zapobieganie powstawaniu odleżyn i odparzeń, zmiana opatrunków,**
**5. Pomoc w użyciu środków pomocniczych i materiałów medycznych, przedmiotów ortopedycznych**
**6. Zleconą pielęgnację chorego w tym:**
**a) czyszczenie lub zmiana rurek tracheotomijnych.**
**b) wymiana worków z kałem lub moczem.**
**c) pobieranie moczu lub kału do analizy.**
**d) usuwanie wydzielin z nosa lub jamy ustnej.**
**7. Pielęgnację miejsc zmienionych chorobami typu: egzema, grzybica, alergie skórne.**
**8. Pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych, zamawianie wizyt lekarskich i przestrzeganie terminów wizyt lekarskich.**
**9. Pomoc w wykupie leków lub zamawianiu leków w aptece.**
**10. Monitorowanie brania leków i podawanie ich zgodnie z zaleceniem lekarza.**
**11. Dbałość o przestrzeganie terminów badań diagnostycznych.**
**12. Pomoc w dotarciu do placówek służby zdrowia.**
**13. Pomoc w dotarciu do placówek rehabilitacyjnych.**
**14. Kontakt z pracownikiem socjalnym.**

**…….**
/pieczątka i podpis lekarza/

***zaznaczyć właściwe**

**Do wniosku należy przygotować kopie dokumentów:**
**1/ decyzję o wysokości emerytury lub odcinek emerytury lub wyciąg z konta**
**2/ orzeczenia o niepełnosprawności lub grupa inwalidzka z ZUS / jeśli jest ustalona/**
**3/ orzeczenie orzecznika z ZUS – jeśli jest**
**4/ ostatnie karty informacyjne ze szpitala – ksero**
**5/ decyzja o przyznaniu dodatku mieszkaniowego i energetycznego - jeśli jest**
**6/ kopie opłat za gaz, czynsz , energię elektryczną,**
**7/ostatnie kopie faktur za leki, leczenie**
**8/decyzja o przyznaniu zasiłku pielęgnacyjnego - jeśli jest**
**9/imiona i nazwiska dzieci oraz adres pobytu i numery telefonów kontaktów**