

WNIOSEK

o przyznanie wsparcia w ramach Programu Opieki Wytchnieniowej

I. DANE BENEFICJENTA

Imię i nazwisko:

Numer PWZ:

Adres zamieszkania:

Telefon kontaktowy:

Adres e-mail:

Status wykonywania zawodu:

☐ aktywne wykonywanie zawodu

☐ ograniczenie wykonywania zawodu z przyczyn opiekuńczych

☐ czasowe niewykonywanie zawodu z przyczyn opiekuńczych

☐ inne:

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE OSOBY WYMAGAJĄCEJ OPIEKI

Imię i nazwisko:

.....

Relacja z Beneficjentem:

☐ dziecko

☐ małżonek / partner

☐ rodzic

☐ rodzeństwo

☐ inna osoba bliska

☐ osoba pozostająca we wspólnym gospodarstwie domowym

Czy osoba pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z Beneficjentem?

☐ tak

☐ nie

Stan zdrowia osoby wymagającej opieki (krótki opis w zakresie niezbędnym do oceny wniosku):

Zakres sprawowanej opieki, w tym najważniejsze obowiązki opiekunów:

Szacowany czas poświęcany na opiekę:

- ☐ do 4 godzin dziennie
- ☐ 4–8 godzin dziennie
- ☐ powyżej 8 godzin dziennie
- ☐ opieka całodobowa

III. WPŁYW SYTUACJI OPIEKUŃCZEJ NA BENEFICJENTA

Wpływ sytuacji opiekuńczej na zdrowie fizyczne lub psychiczne Beneficjenta:

Wpływ sytuacji opiekuńczej na możliwość wykonywania zawodu lekarza:

Opis sytuacji rodzinnej i życiowej Beneficjenta:

Informacja o dostępności wsparcia ze strony innych osób:

- ☐ brak możliwości uzyskania wsparcia
- ☐ ograniczone wsparcie
- ☐ wsparcie dostępne częściowo
- ☐ wsparcie dostępne

Opis:

Szczególne okoliczności uzasadniające potrzebę przyznania wsparcia:

IV. WNIOSKOWANE WSPARCIE

Wnoszę o przyznanie wsparcia w postaci:

- ☐ czasowego zastępstwa opiekuńczego
- ☐ opieki domowej
- ☐ pobytu czasowego w placówce opiekuńczej
- ☐ usług wspierających lub specjalistycznych
- ☐ innej formy wsparcia:

.....

Opis planowanego wykorzystania wsparcia:

.....

.....

Wnioskowana kwota wsparcia:

..... zł

Okres, którego dotyczy wsparcie:

od do

Czy na wskazane koszty Beneficjent otrzymał lub ubiega się o wsparcie z innych źródeł?

Tak / Nie

Jeżeli tak – jakich? (proszę wskazać).

V. ZAŁĄCZNIKI

Do Wniosku załączam:

- ☐ dokumentację medyczną dotyczącą osoby wymagającej opieki
- ☐ orzeczenie o niepełnosprawności / stopniu niepełnosprawności
- ☐ zaświadczenie lekarskie
- ☐ dokumenty potwierdzające sytuację życiową lub rodzinną
- ☐ dokumenty dotyczące kosztów opieki
- ☐ inne dokumenty:

.....

Czy dołączono oświadczenie osoby, której dotyczy wsparcie?

- ☐ **Tak**
- ☐ **Nie – z uwagi na stan zdrowia uniemożliwiający świadome złożenie oświadczenia**

VI. OŚWIADCZENIA BENEFICJENTA

1. Oświadczam, że dane zawarte we Wniosku są kompletne i zgodne z prawdą.
2. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z Regulaminem Programu Opieki Wytchnieniowej i akceptuję jego postanowienia.
3. Przyjmuję do wiadomości, że administratorem danych osobowych przetwarzanych w związku z Programem, jest Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie. Dane będą przetwarzane w celu rozpatrzenia wniosku i przyznania dofinansowania. Więcej informacji dotyczących przetwarzania danych osobowych znajduje się w Regulaminie Programu Opieki Wytchnieniowej
4. Oświadczam, że przekażę osobom, których dane wskazałem/łam we wniosku informacje o przetwarzaniu danych osobowych, znajdujące się w Regulaminie Programu Opieki Wytchnieniowej.
5. Wyrażam zgodę na kontakt telefoniczny i elektroniczny w sprawach związanych z realizacją Programu.
6. Oświadczam, że zobowiązuje się przekazywać wyłącznie dokumenty niezbędne do oceny Wniosku oraz ograniczać zakres przekazywanych danych do minimum koniecznego.

7. Oświadczam, że sprawuję bezpośrednią opiekę w rozumieniu Regulaminu nad osobą wskazaną we Wniosku.
8. Oświadczam, że w przypadku przekazania danych osobowych lub dokumentów dotyczących osoby trzeciej jestem uprawniony do ich przekazania oraz zapewniłem spełnienie obowiązków informacyjnych wymaganych przepisami prawa.
9. Przyjmuję do wiadomości, że przyznanie wsparcia ma charakter uznaniowy i następuje na podstawie rekomendacji Komisji oraz uchwały właściwego organu Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.
10. Złożenie wniosku jest równoznaczne z akceptacją zasad kontroli i rozliczania wsparcia określonych w Regulaminie.

Miejscowość i data:

.....

Podpis Beneficjenta:

.....

OŚWIADCZENIE OSOBY, KTÓREJ DOTYCZY WSPARCIE

DANE OSOBY, KTÓREJ DOTYCZY WSPARCIE:

Imię i nazwisko:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Numer telefonu (opcjonalnie):

.....

OŚWIADCZENIA:

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:

1. Zostałem/am poinformowany/a o złożeniu przez: (imię i nazwisko Beneficjenta) wniosku o przyznanie wsparcia w ramach Programu Opieki Wytchnieniowej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.
2. Potwierdzam, że Beneficjent sprawuje nade mną bezpośrednią opiekę w rozumieniu Regulaminu Programu.
3. Potwierdzam, że wsparcie objęte Wnioskiem dotyczy mojej sytuacji zdrowotnej, życiowej lub opiekuńczej.
4. Potwierdzam, że Beneficjent występuje o wsparcie za moją wiedzą oraz w moim interesie.
5. Potwierdzam, że informacje i dokumenty dotyczące mojej sytuacji zostały przekazane Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie za moją wiedzą i wolą w zakresie niezbędnym do rozpatrzenia Wniosku, przyznania wsparcia, jego realizacji, rozliczenia oraz kontroli.
6. Zostałem/am poinformowany/a o zasadach przetwarzania danych osobowych związanych z realizacją Programu.
7. Jestem świadomy/a, że złożenie niniejszego oświadczenia nie oznacza przyznania wsparcia ani nie rodzi po mojej stronie lub po stronie Beneficjenta roszczenia o przyznanie wsparcia.

Miejscowość i data:

.....

Czytelny podpis:

.....

KARTA OCENY WNIOSKU O PRYZNANIE OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ

Części I–III wypełnia Wnioskodawca, przy czym ocena w skali Rankina i Barthel wymaga potwierdzenia przez lekarza POZ lub lekarza prowadzącego.

I. Dane identyfikacyjne wniosku

1. Numer wniosku:
2. Data wpływu wniosku:
3. Imię i nazwisko wnioskodawcy / opiekuna:
4. Imię i nazwisko osoby wymagającej opieki:
5. Stopień pokrewieństwa / relacja opiekuńcza:
6. Numer PWZ członka OIL:
7. Dane kontaktowe:

II. Zasady oceny

Kartę stosuje się do oceny Wniosków o przyznanie wsparcia w ramach Programu Opieki Wytchnieniowej. Łączna maksymalna liczba punktów wynosi 100 punktów. Wyższa liczba punktów oznacza wyższy priorytet przy przyznawaniu wsparcia. Skala Rankina ocenia stopień niesprawności, skala Barthel samodzielność w podstawowych czynnościach dnia codziennego, a skala Becka służy do samooceny nasilenia ewentualnych objawów depresyjnych opiekuna.

III. Ocena punktowa**1. Zmodyfikowana skala Rankina – ocena lekarza POZ**

Waga kryterium: 20%. Zmodyfikowana skala Rankina obejmuje stopnie od 0 do 6, przy czym wyższy wynik oznacza większą niesprawność.

Wynik skali Rankina (mRS)	Opis	Punkty
0	Brak objawów	0
1	Niewielkie objawy bez istotnego wpływu na codzienne funkcjonowanie	3
2	Niewielka niesprawność	7
3	Umiarkowana niesprawność, wymaga częściowej pomocy	12
4	Znaczna niesprawność	16
5	Ciężka niesprawność, wymaga stałej pomocy	20
6	Zgon – karta nie podlega dalszej ocenie merytorycznej	0

Wynik przyznany przez lekarza POZ: pkt

Data oceny:

Podpis pieczęć lekarza POZ:

2. Skala Barthel – ocena lekarza POZ

Waga kryterium: 30%. W skali Barthel można uzyskać maksymalnie 100 punktów; niższy wynik oznacza większą zależność od pomocy innych osób. Wynik 40 punktów lub mniej jest stosowany w polskim systemie ochrony zdrowia jako próg kwalifikacji do opieki długoterminowej.

Wynik skali Barthel	Interpretacja	Punkty
---------------------	---------------	--------

86–100	Niewielka zależność lub samodzielność	0
--------	---------------------------------------	---

61–85	Umiarkowana potrzeba pomocy	10
-------	-----------------------------	----

41–60	Znaczna potrzeba pomocy	20
-------	-------------------------	----

21–40	Bardzo duża zależność	27
-------	-----------------------	----

0–20	Całkowita lub prawie całkowita niesamodzielność	30
------	---	----

Wynik przyznany przez lekarza POZ: pkt

Data oceny:

Podpis i pieczęć lekarza POZ:

3. Skala obciążenia opiekuna (22 pytania) – samoocena opiekuna

Waga kryterium: 20%. Kryterium służy ocenie subiektywnego obciążenia opiekuna wynikającego z wykonywania codziennej opieki. Na potrzeby niniejszej karty przyjmuje się poniższe progi ustalone przez ORL na potrzeby Programu.

Łączny wynik skali Zarita	Interpretacja	Punkty
---------------------------	---------------	--------

0–20	Małe obciążenie	0
------	-----------------	---

21–40	Umiarkowane obciążenie	7
-------	------------------------	---

41–60	Duże obciążenie	15
-------	-----------------	----

61–88	Bardzo duże obciążenie	20
-------	------------------------	----

Wynik samooceny: pkt

Oświadczenie opiekuna: Oświadczam, że powyższy wynik został ustalony na podstawie aktualnej sytuacji opiekuńczej.

Data oceny:

Podpis opiekuna:

4. Wykonywanie pracy zarobkowej przez opiekuna

Waga kryterium: 10%. Kryterium uzupełniające służy ocenie ograniczeń czasowych opiekuna związanych z aktywnością zawodową.

Status zawodowy opiekuna	Punkty
--------------------------	--------

Opiekun nie wykonuje pracy zarobkowej	0
---------------------------------------	---

Opiekun wykonuje pracę zarobkową w niepełnym wymiarze czasu pracy lub w formule elastycznej	5
---	---

Opiekun wykonuje pracę zarobkową w pełnym wymiarze czasu pracy	10
--	----

Punkty przyznane: pkt

Data oceny:

Uwagi:

5. Skala Becka – samoocena opiekuna

Waga kryterium: 10%. Skala Becka jest narzędziem samooceny nasilenia objawów depresyjnych; wyższy wynik oznacza większe nasilenie objawów. Narzędzie ma charakter pomocniczy i nie stanowi podstawy rozpoznania klinicznego.

Łączny wynik skali Becka	Interpretacja	Punkty
--------------------------	---------------	--------

0–9	Brak lub minimalne nasilenie objawów	0
-----	--------------------------------------	---

10–18	Objawy łagodne do umiarkowanych	3
-------	---------------------------------	---

19–29	Objawy umiarkowane do cięższych	7
-------	---------------------------------	---

30–63	Ciężkie nasilenie objawów	10
-------	---------------------------	----

Wynik samooceny: pkt

Oświadczenie opiekuna: Oświadczam, że wynik został ustalony samodzielnie i zgodnie z aktualnym stanem psychicznym.

Data oceny:

Podpis opiekuna:

6. Oświadczenie opiekuna o byciu jedynym opiekunem*

*wypełnić, jeśli dotyczy

Waga kryterium: 10%. Kryterium służy ocenie dostępności faktycznego wsparcia opiekuńczego dla wnioskodawcy.

Oświadczam, że jestem jedynym stałym opiekunem osoby wymagającej opieki wskazanej w niniejszym wniosku oraz że nie istnieją inne osoby faktycznie sprawujące nad nią regularną opiekę.

Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Data:

Podpis opiekuna:

Interpretacja:

- Opiekun nie jest jedynym stałym opiekunem – 0 pkt.
- Opiekun jest jedynym stałym opiekunem osoby wymagającej pomocy – 10 pkt.

Punkty IV, V, VI wypełnia Komisja ds. Programu Opieki Wytchnieniowej

IV. Zestawienie końcowe

Kryterium	Maksymalna liczba punktów	Punkty przyznane
1. Zmodyfikowana skala Rankina	20	
2. Skala Barthel 30		
3. Skala obciążenia Zarita	20	
4. Wykonywanie pracy zarobkowej przez opiekuna	10	
5. Skala Becka	10	
6. Samotny opiekun	10	
łącznie 100		

V. Rozstrzygnięcie komisji / osoby oceniającej

1. Ocena formalna wniosku:

[] wniosek kompletny

☐ wniosek wymaga uzupełnienia

☐ wniosek pozostawia się bez dalszego rozpoznania

2. Ocena merytoryczna:

☐ rekomenduje się przyznanie wsparcia, rekomendowana kwota zł

☐ rekomenduje się wpisanie na listę rezerwową

☐ nie rekomenduje się przyznania opieki wytchnieniowej

3. Uzasadnienie:

.....
.....
.....
.....

VI. Podpisy

Przewodniczący Komisji ds. Programu Opieki Wytchnieniowej

.....

Członkowie:

1.

2.

3.

4.

5.

Data oceny:

Podpis przewodniczącego:

☐ żaden członek Komisji nie podlegał wyłączeniu

☐ wyłączono członka Komisji - _____ (imię i nazwisko).

Adnotacje końcowe

1. Do karty należy dołączyć ocenę lekarza POZ w zakresie skali Rankina i skali Barthel. Skala Rankina jest urzędowo stosowanym narzędziem oceny stopnia niesprawności, a skala Barthel służy ocenie samodzielności chorego i jest wykorzystywana w kwalifikacji do świadczeń opieki długoterminowej.

2. Skala Becka stanowi wyłącznie narzędzie pomocnicze do oceny sytuacji opiekuna i nie zastępuje diagnozy psychiatrycznej lub psychologicznej.

3. Progi punktowe dla skali Zarita oraz kryterium pracy zarobkowej mają charakter programowy i mogą podlegać modyfikacji w zależności od zasad przyjętych przez OIL.
4. Kartę stosuje się z uwzględnieniem limitów finansowych określonych w obowiązujących uchwałach ORL.
5. Komisja może żądać dodatkowych dokumentów lub wyjaśnień zgodnie z §8 Regulaminu.