



URZĄD MARSZAŁKOWSKI WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO



**DOLNY
ŚLĄSK**

www.umwd.pl



Ankieta wstępnej kwalifikacji dla uczestnika projektu:

„Wsparcie rodzin dotkniętych problemem niepełnosprawności dzieci w ośrodku „Orlik” w Kudowie-Zdroju 2025”
dla zadania: Pobyt dzieci i osób niesamodzielnych w ramach całodobowej opieki wytchnieniowej.

(wypełnia rodzic / opiekun prawny)

I. DANE ŚWIADCZENIOBIORCÓW (z opieki mogą korzystać jedynie osoby zamieszkałe na terenie Dolnego Śląska)

Nazwisko i imię osoby kierowanej na pobyt numer PESEL

Adres zamieszkania:
(ulica, nr domu i mieszkania) (kod pocztowy) (miejsowość) (powiat)

Nazwisko i imię rodzica lub opiekuna prawnego osoby kierowanej na pobyt

nr tel. adres e-mail:

Pobyt z opiekunem*: TAK NIE (jeżeli zaznaczono TAK, proszę poniżej podać dane osoby i uzasadnić konieczność)

Nazwisko i imię rodzica lub opiekuna numer PESEL

Adres zamieszkania:
(ulica, nr domu i mieszkania) (kod pocztowy) (miejsowość) (powiat)

nr tel. adres e-mail:

Powód konieczności pobytu razem z dzieckiem

II. WYWIAD (rodzaj schorzenia / celowość pobytu, przebieg choroby, dotychczasowe leczenie):

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

III. INFORMACJE DODATKOWE

1. Zdolność do samoobsługi*: TAK NIE

2. Ocena sprawności ruchowej*: samodzielnie poruszający się poruszający się przy pomocy:

(określić rodzaj niezbędnej pomocy np. wózek inwalidzki, asystent osobisty)

3. Choroby współistniejące (jeżeli dotyczy):

.....
.....

4. Uzasadnienie skierowania na pobyt w ramach całodobowej opieki wytchnieniowej:

.....
.....

5. Osoba kierowana na pobyt posiada orzeczenie o niepełnosprawności*: TAK NIE

W przypadku posiadania orzeczenia o niepełnosprawności należy do ankiety dołączyć jego kopię.

6. Czy osoba kierowana na pobyt jest pod opieką specjalisty*: TAK NIE

Jeśli TAK to jakiego:

Jak często odbywają się konsultacje



7. Czy osoba kierowana zażywa leki*: TAK NIE

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” należy zapewnić osobie kierowanej odpowiedni zapas leków na cały pobyt.
W przypadku pobytu bez opiekuna należy wypełnić kartę przekazania leków.

8. Czy dziecko wymaga specjalistycznego sprzętu medycznego *: TAK NIE

Jeżeli TAK, proszę wymienić (np. wózek inwalidzki, łóżko rehabilitacyjne):

9. Czy dziecko uczęszcza do szkoły*: TAK NIE

Proszę podać rodzaj szkoły, klasa:

10. Jak dziecko adaptuje się do zmian?

11. Proponowana ilość dni pobytu: Proponowany termin pobytu (miesiąc/miesiące):

Uwaga.

Minimalny czas pobytu - 4 dni, maksymalny - 21 dni na rodzinę. Czas i terminy pobytów będą ustalane na podstawie dostępności miejsc.

12. Rodzice/opiekunowie dostarczają dziecko na pobyt do Szpitala Rehabilitacyjnego Hematologicznego „Orlik” w Kudowie-Zdroju, ul. Bukowina 1, 57-350 Kudowa-Zdrój we własnym zakresie. W uzasadnionych przypadkach istnieje możliwość zorganizowania transportu przez realizatora projektu.

Czy dziecko zostanie dostarczone własnym transportem* TAK NIE

Jeśli NIE, to proszę uzasadnić konieczność zorganizowania transportu, oraz czy wymagany jest transport specjalistyczny w pozycji leżącej:

13. Inne istotne informacje/uwagi rodzica/opiekuna:

14. Oświadczam, że mieszkam na terenie województwa dolnośląskiego

data 2025 r.
(podpis rodzica/opiekuna)

IV. OCENA CELOWOŚCI SKIEROWANIA NA POBYT W RAMACH CAŁODOBOWEJ OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ
(wypełnia lekarz prowadzący / psycholog / pedagog)

1. Pobyt w ramach całodobowej opieki wytchnieniowej*: WSKAZANE PRZECIWWSKAZANE BRAK WSKAZAŃ

2. Potwierdzam, że informacje podane przez rodzica w części II i III są poprawne*: TAK NIE

3. Ewentualne uwagi:

data 2025 r.
(podpis i pieczęć lekarza prowadzącego)

*zaznaczyć „X” w odpowiednim polu

UWAGA, WAŻNE

Kopię wypełnionej ankiety należy przesłać na adres: opieka-wytchnieniowa@sanatoria-dolnoslaskie.pl,
a oryginał przywieźć ze sobą do ośrodka.

Informacje i kontakt: www.sanatoria-dolnoslaskie/opieka-wytchnieniowa, tel. 74 86 632 62