Załącznik nr 1
do Regulaminu przyjętego
Zarządzeniem nr 1032/17
Prezydenta Miasta Krosna
z dnia 2 października 2017 r.

Nr sprawy.....

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
PESEL

.....
numer telefonu

WNIOSEK O WYPOŻYCZENIE SPRZĘTU PIELĘGNACYJNEGO, REHABILITACYJNEGO LUB WSPOMAGAJĄCEGO

URZĄD MIASTA KROSNA
UL. LWOWSKA 28A
38-400 KROSNO

Zwracam się z prośbą o nieodpłatne wypożyczenie sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego lub wspomagającego:

1. .....
2. .....
3. .....
4. .....
5. .....
6. .....
7. .....

na okres .....
nie krótszy niż 1 miesiąc i nie dłuższy niż 3 miesiące

Do wniosku załączam:

1. Oświadczenie o zapoznaniu się z Regulaminem i odpowiedzialnością za sprzęt.....□
2. Upoważnienie dla opiekuna lub osoby reprezentującej.....□
3. Oświadczenie o wyrażenie zgody na przetwarzanie danych osobowych.....□
4. Oświadczenie o oczekiwaniu na orzeczenie o niepełnosprawności.....□
5. Zaświadczanie lekarskie.....□
6. Oświadczenie o miejscu zamieszkania.....□
7. Oświadczenie określające status społeczny.....□
8. .....□

.....

czytelny podpis

Załącznik nr 1
do Wniosku będącego
załącznikiem do
Regulaminu przyjętego
Zarządzeniem nr 1023/17
Prezydenta Miasta Krosna
z dnia 2 października 2017 r.
zmienionym Zarządzeniem
Nr 1129/17 Prezydenta Miasta
Krosna z dnia 22 grudnia 2017
r. zmienionym Zarządzeniem
nr 1226/18 Prezydenta Miasta
Krosna z dnia 16 marca 2018
r. zmienionym Zarządzeniem
Nr 1346/18 Prezydenta Miasta
Krosna z dnia
25 czerwca 2018 r.

.....

Imię i nazwisko

OŚWIADCZENIE O ZAPOZNANIU SIĘ Z REGULAMINEM I ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ ZA SPRZĘT

Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem Wypożyczalni sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego i wspomagającego.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na objęcie mnie odpowiedzialnością materialną za wypożyczony sprzęt w trakcie jego użytkowania oraz zobowiązuję się zwrócić sprzęt w stanie niepogorszonym ponad normalne zużycie, wynikające z prawidłowej eksploatacji.

Zobowiązuję się do:

1. Używania sprzętu zgodnie z przeznaczeniem i do utrzymania go w należytym stanie,
2. Niezwłocznego poinformowania pracownika Wypożyczalni o uszkodzeniu wypożyczonego sprzętu,
3. Dokonywania na własny koszt wszelkich napraw niezbędnych do utrzymania wypożyczonego sprzętu w stanie niepogorszonym.
4. W przypadku zniszczenia wypożyczonego sprzętu zobowiązuję się do odkupienia lub zwrotu jego wartości, w zależności od uzgodnienia z pracownikiem Wypożyczalni.
5. Zobowiązuję się, iż nie będę wykorzystywać wypożyczonego sprzętu do celów zarobkowych ani udostępniać go osobom trzecim.

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH PRZEZ URZĄD MIASTA KROSNA

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Urząd Miasta Krosna, ul. Lwowska 28a, do celów związanych z realizacją umowy wypożyczenia sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego i wspomagającego, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) zamieszczonym w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej L 119 z dnia 04.05.2016 r. Administratorem przekazanych danych osobowych jest Gmina Miasto Krosno ul. Lwowska 28 a, 38-400 Krosno. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych - iod@um.krosno.pl. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa, zgodnie z instrukcją kancelaryjną. Uczestnik projektu ma prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz ich poprawiania, a także ma prawo żądania usunięcia danych osobowych. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania, bądź żądanie ich usunięcia równoznaczne jest z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu.

OŚWIADCZENIE O MIEJSCU ZAMIESZKANIA

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że moim miejscem zamieszkania zgodnie z normą Kodeksu cywilnego* jest .....

.....

miejscowość, kod pocztowy, ulica, nr domu, nr mieszkania

Jest to miejscowość, w której przebywam z zamiarem stałego pobytu, będąca ośrodkiem mojego życia codziennego, w którym skoncentrowane są moje plany życiowe.

* *W świetle art. 25 Kodeksu cywilnego, miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której Wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będąca ośrodkiem życia codziennego wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są jego plany życiowe (cecho ośrodka osobistych i majątkowych interesów); o miejscu zamieszkania nie decyduje jedynie fakt przebywania w określonym mieście, ale również zamiar stałego pobytu i chęć skoncentrowania swoich interesów życiowych w danym miejscu; w świetle art. 28 Kodeksu cywilnego, można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania."*

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE STATUSU SPOŁECZNEGO

Oświadczam, że jestem *(proszę zaznaczyć):*

- □ osobą bezrobotną
- □ osobą pracującą
- □ rencistą
- □ emerytem
- □ osobą samotną
- □ osobą w rodzinie

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w dniu ..... złożyłam/em wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności.

.....
czytelny podpis

Załącznik nr 2
do Wniosku będącego załącznikiem
do Regulaminu przyjętego
Zarządzeniem nr 1023/17
Prezydenta Miasta Krosna
z dnia 2 października.2017 r.

Nr sprawy.....

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
PESEL

UPOWAŻNIENIE

Upoważniam Panią/a ..... zam. ..... legitymującą/ego się dowodem osobistym numer ..... do wypożyczenia w moim imieniu sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego lub wspomagającego z Wypożyczalni oraz podpisania wszystkich dokumentów z tym związanych.

.....

czytelny podpis osoby udzielającej upoważnienia

Załącznik nr 3
do Wniosku będącego
załącznikiem do
Regulaminu przyjętego
Zarządzeniem nr 1023/17
Prezydenta Miasta Krosna
z dnia 2 października 2017 r.

..... Krosno, dnia.....

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane dla potrzeb wypożyczenia sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego i wspomagającego

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

PESEL .....

Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności: □ Tak □ Nie

1. Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji *(proszę zaznaczyć)*:
   - □ choroba umysłowa,
   - □ choroba psychiczna,
   - □ zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu,
   - □ choroby narządu wzroku,
   - □ upośledzenie narządu ruchu,
   - □ epilepsja,
   - □ choroby układu oddechowego i krążenia,
   - □ choroby układu pokarmowego,
   - □ choroby układu moczowo-płciowego,
   - □ choroby neurologiczne,
   - □ całościowe zaburzenia rozwojowe,
   - □ inne ..... (jakie?)
2. Proszę wskazać rodzaj niezbędnego sprzętu z uwzględnieniem okresu jego użytkowania - od 1 do 3 miesięcy *(proszę zaznaczyć)*:

Sprzęt pielęgnacyjny:

- □ ławka nawannowa
- □ przenośny basen do mycia głowy z prysznicem
- □ materac przeciwodleżynowy bąbelkowy
- □ materac przeciwodleżynowy rurowy
- □ poduszka przeciwodleżynowa śr. 12 cm
- □ poduszka przeciwodleżynowa śr. 15 cm
- □ nakładka na sedes
- □ krzesło toaletowe
- □ krzesło prysznicowe

Sprzęt rehabilitacyjny:

- □ łóżko rehabilitacyjne z materacem
- □ pionizator dla dorosłych
- □ rotor elektryczny
- □ rotor mechaniczny
- □ materac rehabilitacyjny składany 3-częściowy
- □ orbitrek
- □ bieżnia
- □ cykloergometr leżący
- □ wioślarz
- □ rower
- □ rehabilitacyjny rower trójkołowy
- □ drabinka przy łóżkowa do podciągania
- □ termożele - kompresy żelowe 28 x 32 (..... szt.)

Sprzęt wspomagający:

- □ wózek inwalidzki ręczny
- □ wózek inwalidzki dla dzieci
- □ wózek inwalidzki specjalny
- □ podnośnik wannowy elektryczny
- □ balkonik rehabilitacyjny 2-kołowy
- □ balkonik rehabilitacyjny 4-kołowy
- □ balkonik rehabilitacyjny stały
- □ koncentrator tlenu
- □ temblak
- □ laska inwalidzka trójnóg
- □ laska inwalidzka czwórnóg
- □ kule łokciowe (..... szt.)
- □ kule łokciowe dla dzieci (..... szt.)
- □ poduszka do siedzenia do wózka inwalidzkiego
- □ rampa dla wózków inwalidzkich
- □ wałek - Ø 20 x 60
- □ wałek - Ø 15 x 50
- □ wałek - Ø 30 x 60
- □ półwałek - Ø 16 x 37
- □ półwałek - Ø 15 x 50
- □ półwałek - Ø 20 x 60
- □ szyna Brauna 80 x 30 x 19,5
- □ szyna Brauna 60 x 25 x 12
- □ podstawka elewacyjna 69 x 46 x 18,5
- □ podstawka elewacyjna 79 x 49 x 19,5
- □ podstawka elewacyjna 89 x 52 x 21
- □ rozpórka do kończyn dolnych
- □ chwytak
- □ stojak na kroplówki
- □ ciśnieniomierz

....

miejscowość, data *pieczęć imienna i podpis lekarza*

Załącznik nr 3a
do Wniosku będącego
załącznikiem do
Regulaminu przyjętego
Zarządzeniem nr 1023/17
Prezydenta Miasta Krosna
z dnia 2 października 2017 r.
zmienionym Zarządzeniem
nr 1129/17 Prezydenta
Miasta Krosna z dnia 22
grudnia 2017 r. zmienionym
Zarządzeniem nr 1226/18
Prezydenta Miasta Krosna
z dnia 16 marca 2018 r.

..... Krosno, dnia.....

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

Załącznik do zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia wydane dla potrzeb wypożyczenia sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego i wspomagającego z dnia ..... znak: .....

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

PESEL .....

Zaświadczam, że wg stanu zdrowia na dzień ..... w/w osoba jest osobą niesamodzielną, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność potrzebuje opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej z jednej z podstawowych czynności dnia codziennego. Do oceny stopnia samodzielności fizycznej stosowana jest skala Barthela, która pozwala na ocenę chorego pod względem jego zpotrzebowania na opiekę innych osób. Chory ma problemy z czynnościami życia codziennego takimi jak:

□ spożywanie posiłków,
□ poruszanie się,
□ wchodzenie i schodzenie po schodach,
□ siadanie,
□ utrzymanie higieny osobistej,
□ korzystanie z toalety,
□ kontrolowanie czynności fizjologicznych,
□ inne ..... (jakie?)

....

miejscowość, data *pieczęć imienna i podpis lekarza*