

**Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa" – edycja 2021**

1. **Dane osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej (opiekuna prawnego/członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej):**

Imię i nazwisko: …………………………………………………………………………….…..

Data urodzenia: …………………………………………………………………………..….….

Adres zamieszkania: ……………………………………………………………….………..…..

Telefon: …………………………………………………………………………………………

E-mail: ……………………………………………………………………………………….….

1. **Dane dotyczące osoby niepełnosprawnej, w związku z opieką nad którą opiekun**

**ubiega się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej**:

Imię i nazwisko: ………………………………………………………….……………………..

Data urodzenia: ………………………………………………………………...……………….

Adres zamieszkania: …………………………………………………………..………………..

Informacje na temat ograniczeń osoby niepełnosprawnej w zakresie komunikowania się lub poruszania się (wypełnia opiekun/członek rodziny, który ubiega się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej):

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

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

□ specjalistyczne poradnictwo ………………………………………………………………….

□ w godzinach ……………………………………. □ w dniach …………………….………

1. **Oświadczenia:**

1. Oświadczam, że osoba niepełnosprawna, w związku z opieką nad którą ubiegam się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej) posiada ważne orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności/orzeczenie równoważne lub że dziecko posiada orzeczenie
o niepełnosprawności\*\*

2. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021.

3. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych
w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” − edycja 2021 (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego
i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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);

……………… ………..

.Miejscowość, data

..………………………………………………………

(Podpis osoby opiekuna prawnegolub członka rodziny

/opiekuna osoby niepełnosprawnej)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług opieki wytchnieniowej

………………………………………………………..

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

\*Należy wpisać miejsce wymienione w treści Programu „Opieka wytchnieniowa”- edycja 2021:

1) świadczenia usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego w: miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością, ośrodku wsparcia lub innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu, które otrzyma pozytywną opinię realizatora Programu.

2)świadczenia usługi opieki wytchnieniowej, w ramach pobytu całodobowego w:

-ośrodku wsparcia,

-w ośrodku/placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom z niepełnosprawnością wpisaną do rejestru właściwego wojewody,

-w innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu, które otrzyma pozytywną opinię realizatora Programu.

\*\*Do Karty zgłoszenia należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności/o niepełnosprawności.