

*„Opieka wytchnieniowa” – edycja 2020*

**Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa" – edycja 2020**

**I. Dane osoby niepełnosprawnej lub członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej (dot. specjalistycznego poradnictwa) :**

Imię i nazwisko: …………………………………………..

Data urodzenia: ………………………………………….

Adres zamieszkania: ……………………………………..

Telefon: …………………………………………………

E-mail: ………………………………………………….

Informacje na temat ograniczeń osoby niepełnosprawnej w zakresie komunikowania się lub poruszania się:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**II. Dane opiekuna prawnego osoby niepełnosprawnej (jeśli dotyczy):**

Imię i nazwisko: …………………………………………..

Telefon:……………………………..

E-mail:……………………………….

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

□ dzienna, miejsce……………………………………. \*

□ całodobowa, miejsce ………………………………….\*

□ specjalistyczne poradnictwo

□ w godzinach …………. □ w dniach ………………

**IV**. Zgodnie z wytycznymi programu opieka wytchnieniowa- edycja 2020 9 działem V pkt. 8 ppkt 15 do realizacji opieki wytchnieniowej chciałaby wybrać:

Dane osoby wykonującej zadania opieki wytchnieniowej:

Imię i nazwisko……………………………………………….

Adres:………………………………………………………..

Tel……………………………………………………………

Jednocześnie oświadczam , iż w/w osoba zamieszkuje/ nie zamieszkuje\* ze mną i jest/ nie jest\* członkiem rodziny.

\* niepotrzebne skreślić

**V. Oświadczenia:**

1. Oświadczam, że posiadam 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 2020.

3. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” - edycja 2020 (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000).

Miejscowość ………………………………., data ……………………………

..………………………………………………………

(Podpis osoby niepełnosprawnej/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 2020:

1) **Ś**wiadczenie usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego w:

1. miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej,
2. ośrodku wsparcia prowadzonym jako zadanie własne samorządu,
3. innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu lub jego opiekuna, które otrzyma pozytywną opinię gminy/powiatu realizującego Program.

2) Świadczenie usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu całodobowego w:

1. ośrodku wsparcia prowadzonym jako zadanie własne samorządu,
2. ośrodki/placówce zapewniającym całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym wpisaną do rejestru właściwego wojewody
3. miejscu wskazanym przez uczestnika Programu lub jego opiekuna, które otrzyma pozytywną opinię gminy/powiatu realizującego Program.

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