

WZÓR

Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnością” – edycja 2020-2021

I. Dane uczestnika Programu:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Telefon:

II. Dane osoby z niepełnosprawnością:

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

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

.....

.....

.....

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

☐ dzienna, miejsce..... *☐ całodobowa, miejsce **☐ specjalistyczne poradnictwo☐ w godzinach ☐ w dniach

V. Oświadczenia:

1. Oświadczam, że jestem członkiem rodziny/opiekunem osoby z niepełnosprawnością, która posiada:

- orzeczenie o niepełnosprawności (dot. dzieci)

- orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności/orzeczenie równoważne (dot. osób powyżej 16 r.ż.) ***

2. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnością” – edycja 2020-2021.

3. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnością” – edycja 2020-2021 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 2019 r. poz. 1781).

Miejscowość, data

.....

(Podpis uczestnika Programu)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług opieki wytchnieniowej

.....

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

* Należy wpisać miejsce wymienione w treści Programu „Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnością” – edycja 2020-2021:

1) Świadczenie usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego w:

a) miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,

- b) ośrodka wsparcia,
- c) innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu, które otrzyma pozytywną opinię realizatora Programu.

****** Należy wpisać miejsce wymienione w treści Programu „Opieka wychnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnością” – edycja 2020-2021:

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

- a) ośrodka wsparcia,
- b) w ośrodku/placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom z niepełnosprawnością wpisaną do rejestru właściwego wojewody,
- c) miejscu wskazanym przez uczestnika Programu, które otrzyma pozytywną opinię realizatora Programu.

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