
Załącznik nr 1

**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. Zwracam się z prośbą o przyznanie usług opieki wytchnieniowej we wskazanym wymiarze godzinowym:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wstaw X w wybranej pozycji** | **Typ usługi** | **Deklarowana ilość godzin usługi:** |
|  | Poradnictwo psychologiczne |  |
|  | Poradnictwo terapeutyczne |  |
|  | Wsparcie w zakresie nauki pielęgnacji/ rehabilitacji |  |
|  | Wsparcie w zakresie nauki dietetyki |  |
|  | **SUMA godzin** | **40 godzin** |



**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.

Załaczniki:

1. Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub o niepełnosprawności,
2. Klauzulę RODO,
3. Karta oceny stanu dziecka/osoby niepełnosprawnej wg zmodyfikowanej skali FIM.

**UWAGA: informujemy, że złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem usług oraz, że wnioski rozpatrywane są w roku złożenia i nie przechodzą na kolejne lata.**