

**Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin
lub opiekunów osób z niepełnosprawnościami” – edycja 2022**

I. Dane osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej (opiekuna osoby niepełnosprawnej sprawującego bezpośrednią i stałą opiekę):

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Telefon:

E-mail:

II. Dane dotyczące osoby niepełnosprawnej, w związku z opieką nad którą opiekun ubiega się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej:

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:stopień niepełnosprawności.....

Adres zamieszkania:

Rodzaj niepełnosprawności:

- 1) dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowa – rdzeniowa/itp.),
- 2) dysfunkcja narządu wzroku,
- 3) zaburzenia psychiczne,
- 4) dysfunkcje o podłożu neurologicznym,
- 5) dysfunkcja narządu mowy i słuchu,
- 6) pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne,

W jakich czynnościach w szczególności wymagane jest wsparcia:

- 1) czynności samoobsługowe **Tak**/**Nie**
- 2) czynności pielęgnacyjne **Tak**/**Nie**
- 3) w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełniania ról społecznych **Tak**/**Nie**
- 4) w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania **Tak**/**Nie**
- 5) w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem **Tak**/**Nie**

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:

- całodobowa miejsce..... *
- dzienna, miejsce *
- w godzinach
- w dniach

III. 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 traktowane na równi do orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub że dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności**
2. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowania przez realizatora świadczonych usług opieki wytchnieniowej. Czynności o których mowa wyżej dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług.
3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnościami” – edycja 2022.
4. Oświadczam, że zostały mi przedstawione zasady przetwarzania danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnościami” – edycja 2022 (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 (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1, z późn. zm.) oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).
5. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych w Karcie Zgłoszenia w związku z korzystania opieki wytchnieniowej i zostałem/łam poinformowany/a, że niepodanie ww danych jest jednoznaczne z rezygnacją z Programu.

Miejscowość, data

.....
(Podpis osoby opiekuna prawnego lub 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 dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnościami” – edycja 2022:

- 1) świadczenia usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego w: miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością, innym miejscu wskazanym przez osobę niepełnosprawną lub uczestnika Programu, które otrzyma pozytywną opinię realizatora Programu,
- 2) świadczenia usługi opieki wytchnieniowej, w ramach pobytu całodobowego w: ośrodku/placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom z niepełnosprawnością wpisaną do rejestru właściwego wojewody prowadzonym/ną przez realizatora Programu lub w innym miejscu wskazanym przez osobę niepełnosprawną lub uczestnika Programu, które otrzyma pozytywną opinię realizatora Programu.

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