**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):

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

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Wstaw **X** w wybranej pozycji | Typ usługi | Deklarowana ilość godzin usług[[1]](#footnote-1) |
|  | Specjalistyczne poradnictwo psychologiczne lub terapeutyczne |  |
|  | Wsparcie w zakresie nauki pielęgnacji |  |
|  | Wsparcie w zakresie nauki rehabilitacji |  |
|  | Wsparcie w zakresie nauki dietetyki |  |
| **SUMA=** | | **20 godzin** |

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

(proszę określić w jakich godzinach (można wskazać „od”- „do”) oraz w które dni tygodnia może odbyć się wsparcie)

**IV. 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 oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).

4. Oświadczam, że ………………………………………………(imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej):

1. obecnie korzysta/ nie korzysta\* z ośrodka wsparcia lub placówek pobytu całodobowego, np. ośrodka szkolno-wychowawczego czy internatu,
2. posiada/ nie posiada\* niepełnosprawność sprzężoną/ złożoną.

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

..………………………………………………………

(Podpis osoby opiekuna prawnegolub członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej)

**\* Niepotrzebne skreślić.**

**\*\*Do Karty zgłoszenia należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności/o niepełnosprawności, kartę oceny stanu zdrowia pacjenta według zmodyfikowanej skali FIM oraz klauzulę informacyjną programu „Opieka wytchnieniowa – edycja 2021”**

1. Suma wszystkich godzin usług w ramach dostępnych usług może wynosić max. 20 godzin. Wnioskodawca może zaznaczyć dowolną ilość usług. [↑](#footnote-ref-1)