Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

POWIAT ŚWIECKI

Załącznik nr 8 do Programu „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 ……*~~

x specjalistyczne poradnictwo

□ w godzinach ……. □ w dniach ……

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 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"- edycja 2020:
1) **Ś**wiadczenie usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego w:
a) miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej,
b) ośrodku wsparcia prowadzonym jako zadanie własne samorządu,
c) 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:
a) ośrodku wsparcia prowadzonym jako zadanie własne samorządu,
b) ośrodki/placówce zapewniającym całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym wpisaną do rejestru właściwego wojewody
c) 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.