**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):

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

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

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

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

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

□ dzienna, miejsce………………………………………………………………………………………………………. \*

□ całodobowa, miejsce ……………………………………………………………………………….………………….\*

□ specjalistyczne poradnictwo

□ 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 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).

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

..………………………………………………………

(Podpis osoby 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 2021:

1) świadczenia usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego w: miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością, ośrodku wsparcia lub innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu, które otrzyma pozytywną opinię realizatora Programu.

2)świadczenia usługi opieki wytchnieniowej, w ramach pobytu całodobowego w: ośrodku wsparcia, w ośrodku/placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom z niepełnosprawnością wpisaną do rejestru właściwego wojewody lub w innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu, które otrzyma pozytywną opinię realizatora Programu.

**\*\*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”**

**Informacje dodatkowe**

**Wykaz potrzeb specjalistycznego poradnictwa w ramach programu** *przy założeniu* ***20 godzinnego wsparcia na cały okres projektu.***

[ ]  wsparcie w zakresie dietetyki osoby niepełnosprawnej ………………….godz.

[ ]  wsparcie w zakresie rehabilitacji osoby niepełnosprawnej ………………..godz.

[ ]  wsparcie w zakresie pielęgnacji osoby niepełnosprawnej ……………..godz.

[ ]  wsparcie terapeutyczne dla uczestnika programu ……….…….godz.

[ ]  wsparcie psychologiczne dla uczestnika programu …………….godz.