Załącznik nr 4

WZÓR

Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnością" – edycja 2020-2021

I. Dane uczestnika Programu:

Imię i nazwisko: ……..

Adres zamieszkania: ……..

Telefon: ……

II. Dane osoby z niepełnosprawnością:

Imię i nazwisko: ……..

Data urodzenia: …….……..

Informacje na temat ograniczeń osoby z niepełnosprawnością w zakresie komunikowania się lub poruszania się:

……
……
……

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

□ dzienna, miejsce……. *

X **całodobowa,** miejsce Małopolskie Hospicjum dla Dzieci – Centrum Opieki Wyręczającej dla Przewlekle i Nieuleczalnie Chorych im. Hanny Chrzanowskiej w Krakowie **

□ specjalistyczne poradnictwo

□ w godzinach ……. □ w dniach ……

V. Oświadczenia:

1. Oświadczam, że jestem członkiem rodziny/opiekunem osoby z niepełnosprawnością, która posiada:
- orzeczenie o niepełnosprawności (dot. dzieci)
- orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności/orzeczenie równoważne (dot. osób powyżej 16 r.ż.) ***
2. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnością"– edycja 2020-2021.
3. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnością"– edycja 2020-2021 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 uczestnika Programu)

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 niepełnosprawnością"– edycja 2020-2021:
1) Świadczenie usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego w:

a) miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
b) ośrodku wsparcia,
c) innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu, które otrzyma pozytywną opinię realizatora Programu.

** Należy wpisać miejsce wymienione w treści Programu „Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnością"– edycja 2020-2021:

2) Świadczenie usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu całodobowego w:

a) ośrodku wsparcia,

b) w ośrodku/placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom z niepełnosprawnością wpisaną do rejestru właściwego wojewody,

c) miejscu wskazanym przez uczestnika Programu, które otrzyma pozytywną opinię realizatora Programu.

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