



KARTA ZGŁOSZENIA

do Programu „Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów
osób z niepełnosprawnościami” – 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:

- zgodnie z załączonym wywiadem zgodnie z załączonym orzeczeniem o st. niepełnosprawności

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

OPIEKA	DZIENNA	X	CAŁODOBOWA	X
MIEJSCE	w miejscu zamieszkania OzN		w ośrodku wsparcia	
	w ośrodku wsparcia		w ośrodku/placówce zapewniającej całodobową OzN wpisaną do rejestru właściwego wojewody	
	w innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu, które otrzyma pozytywną opinię realizatora Programu.		w miejscu wskazanym przez uczestnika Programu, które otrzyma pozytywną opinię realizatora Programu	

specjalistyczne poradnictwo: w godzinach w dniach

V. Oświadczenia:

- 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.)
- Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnościami” – edycja 2020-2021.
- 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 niepełnosprawnościami” – 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

potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług
opieki wytchnieniowej

.....

.....

Podpis uczestnika programu

podpis osoby przyjmującej zgłoszenie