**Załącznik nr 2**

**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……………………………………. \*

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

□ specjalistyczne poradnictwo – jakie …………………………………

□ 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:

1. miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
2. ośrodku wsparcia,
3. 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:

1. ośrodku wsparcia,
2. w ośrodku/placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom z niepełnosprawnością wpisaną do rejestru właściwego wojewody,
3. miejscu wskazanym przez uczestnika Programu, które otrzyma pozytywną opinię realizatora Programu.

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