**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…………………………………….………………………………………………………………\*

□ 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
 2016roku 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) Świadczenie 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 Barwice realizatora Program.

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