**Załącznik nr 3**

**Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnościami" – edycja 2022**

1. **Dane osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej (opiekuna osoby niepełnosprawnej sprawującego bezpośrednią i stałą opiekę):**

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: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Rodzaj niepełnosprawności:

1) dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowo – rdzeniowa)[ ] ,

2) dysfunkcja narządu wzroku[ ] ,

3) zaburzenia psychiczne[ ] ,

4) dysfunkcje o podłożu neurologicznym[ ] ,

5) dysfunkcja narządu mowy i słuchu[ ] ,

6) pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne[ ] ,

W jakich czynnościach w szczególności wymagane jest wsparcia:

1. czynności samoobsługowe **Tak**[ ] **/Nie**[ ]
2. czynności pielęgnacyjne **Tak**[ ] **/Nie**[ ]
3. w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełniania ról społecznych **Tak**[ ] **/Nie**[ ]
4. w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania **Tak**[ ] **/Nie**[ ]
5. w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem **Tak**[ ] **/Nie**[ ]

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

[ ]  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 traktowane na równi do orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub że dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności\*\*
2. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowania przez realizatora świadczonych usług opieki wytchnieniowej. Czynności o których mowa wyżej dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług.
3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnościami” – edycja 2022.
4. Oświadczam, że zostały mi przedstawione zasady przetwarzania danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnościami” – edycja 2022 (zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1, z późn. zm.) 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 dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnościami” ‒ edycja 2022:

1. świadczenia usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego w: miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością, innym miejscu wskazanym przez osobę niepełnosprawną lub uczestnika Programu, które otrzyma pozytywną opinię realizatora Programu,
2. świadczenia usługi opieki wytchnieniowej, w ramach pobytu całodobowego w: ośrodku/placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom z niepełnosprawnością wpisaną do rejestru właściwego wojewody prowadzonym/ną przez realizatora Programu lub w innym miejscu wskazanym przez osobę niepełnosprawną lub uczestnika Programu, które otrzyma pozytywną opinię realizatora Programu.

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