Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej

Deklaracja udziału w Programie

„Opieka wytchnieniowa"
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

I. Dane osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej (opiekuna osoby niepełnosprawnej sprawującego bezpośrednią opiekę):

Imię i nazwisko: .....

Data urodzenia: .....

Adres zamieszkania: .....

Telefon: .....

II. Dane dotyczące osoby niepełnosprawnej:

Imię i nazwisko: .....

Data urodzenia: .....

Adres zamieszkania: .....

Ograniczenia osoby niepełnosprawnej:
☐w zakresie komunikowania się: .....
.....
.....
☐w zakresie poruszania się: .....
.....
.....

W jakich czynnościach w szczególności wymagane jest wsparcie:
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 ☐

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

Program finansowany jest ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach resortowego
Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej

☐dzienna, w dniach, miejsce świadczenia: .....

☐w godzinach: .....

IV. Czy korzystał/a Pan/Pani z Programu „Opieka wytchnieniowa”?

☐Nie

☐Tak,
Rok uczestnictwa: .....;
Nazwa Organizatora programu: ..... .

Do Deklaracji udziału w Programie „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 **należy dołączyć:**

- kserokopię orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności / orzeczenia traktowanego na równi do orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub w przypadku dziecka orzeczenia o niepełnosprawności.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w rodzaju: imię, nazwisko, adres zamieszkania, data urodzenia, telefon oraz informację na temat stanu zdrowia osoby niepełnosprawnej ubiegającej się o przyznanie usług opieki wytchnieniowej w celu określenia potrzeb mieszkańców Gminy Miasto Ostrów Wielkopolski w związku z realizacją Programu "Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit a, c 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. Urz. UE L Nr 119, s. 1, z późn. zm.).
Niniejsza zgoda jest dobrowolna i może być cofnięta w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

....
Miejscowość, data *podpis osoby - opiekuna prawnego lub członka rodziny osoby niepełnosprawnej*