



**Karta zgłoszenia nr
do Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021**

I. Dane osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej (opiekuna prawnego/członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej):

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Telefon:

E-mail:

II. 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:

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):

.....
.....
.....
.....
.....

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

dzienna, miejsce *

całodobowa, miejsce..... *

w godzinach w dniach

III. Dane osoby wskazanej do świadczenia usługi opieki wytchnieniowej:

Imię i nazwisko:.....

Adres zamieszkania:

Stopień pokrewieństwa z osobą ubiegającą się o przyznanie usługi:.....

Nr telefonu:.....

IV. Oświadczenia:

- 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 równoważne lub że dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności**
- Oświadczam, że wskazana osoba do świadczenia usługi opieki wytchnieniowej nie zamieszkuje i nie prowadzi wspólnego gospodarstwa domowego wspólnie z moją rodziną.
- Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021.
- Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Regulaminu realizacji i rekrutacji świadczenia usługi opieki wytchnieniowej przez Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Strzyżowie.

Miejscowość, data

.....
(Podpis opiekuna prawnego lub członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej)

*Należy wpisać miejsce wymienione w treści Programu „Opieka wytchnieniowa”- edycja 2021:

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

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

	TAK	NIE
Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług opieki wytchnieniowej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.....
(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

Program „Opieka wytchnieniowa” - edycja 2021 jest w całości finansowany ze środków z Funduszu Solidarnościowego