

Ostroróg, dnia

.....
imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania

.....
telefon kontaktowy

ZGŁOSZENIE

do uczestnictwa w Programie

"Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

1. Zgłaszam swoje uczestnictwo w Programie **"Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**

2. Jestem opiekunem/członkiem rodziny osoby z niepełnosprawnością:

.....
/imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością, adres zamieszkania/

3. Osoba z niepełnosprawnością posiada orzeczenie:

- ☐ o znacznym stopniu niepełnosprawności
☐ traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

3.1. W przypadku dzieci od ukończenia 2 roku życia do 16 roku życia:

Moje dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności - konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.

- ☐ TAK
☐ NIE

4. Liczba godzin/dni usług opieki wytchnieniowej niezbędna mi w roku 2025?*

- ☐ w ramach pobytu dziennego godzin,
☐ w ramach pobytu całodobowego dni.

*Limit godzin/dób usług finansowanych ze środków Funduszu przypadających na jedną osobę z niepełnosprawnością w danym roku kalendarzowym wynosi nie więcej niż:

- 1) **240 godzin** w przypadku pobytu dziennego,
2) **14 dób** w przypadku pobytu całodobowego.

5. W przypadku uzyskania wsparcia wskażę miejsce, gdzie będą świadczone usługi opieki wytchnieniowej:

☐ TAK

☐ NIE

6. W przypadku uzyskania wsparcia w ramach pobytu dziennego bądź całodobowego w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością wskażę osobę, która będzie świadczyła usługi opieki wytchnieniowej:

☐ TAK

☐ NIE

.....

data i podpis

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w rodzaju: imię, nazwisko, adres zamieszkania, telefon, osoby ubiegającej się o przyznanie usług asystenta, imię, nazwisko, adres zamieszkania oraz informacje na temat stanu zdrowia osoby niepełnosprawnej celu oszacowania potrzeb mieszkańców Gminy Ostroróg, w związku z realizacją Programu "Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 zgodnie z art. 6 ust. 1 lit a)* lub art. 9 ust. 2 lit. a)* 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 (publ. Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1 ze zm.).

.....

czytelny podpis