



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

Gryfino, dnia.....

.....
Imię i nazwisko

.....

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer telefonu kontaktowego

WNIOSEK

o świadczenie usług w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2019

Oświadczam, iż jestem członkiem rodziny/opiekunem sprawującym bezpośrednią opiekę nad **(wstawić „x”)**:

- dzieckiem niepełnosprawnym z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji, konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji
- osobą dorosłą ze znacznym stopniem niepełnosprawności.

Wnioskuje o udział w Programie Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej pn. „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2019 – Moduł I w zakresie **(wstawić „x”)**:

- świadczenie usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego w ośrodku wsparcia dla dziecka niepełnosprawnego z orzeczeniem o niepełnosprawności i wskazaniami jak wyżej,
- świadczenie usługi opieki wytchnieniowej w miejscu zamieszkania dla dziecka niepełnosprawnego z orzeczeniem o niepełnosprawności i wskazaniami jak wyżej,
- świadczenie usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego w ośrodku wsparcia dla osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności niekorzystającej z innych form usług w:
- miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej,
 - ośrodku wsparcia, domu pomocy społecznej jako zorganizowanej usługi.



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie podanych przeze mnie danych osobowych na zasadach określonych w rozporządzeniu 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, str.1).

.....
Podpis członka rodziny/opiekuna

W załączeniu przedkładam:

- kopię orzeczenia o niepełnosprawności osoby, nad którą sprawuję opiekę,
- kartę oceny stanu pacjenta, wg zmodyfikowanej skali Barthel, wypełnioną przez lekarza specjalistę - zgodnie z symbolem przyczyny niepełnosprawności, znajdującej się na orzeczeniu