Skrzyszów, dnia ………………………….

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

imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej

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

adres zamieszkania osoby niepełnosprawnej

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

telefon kontaktowy

**ZGŁOSZENIE**

**do uczestnictwa w Programie**

**"Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024**

1. Zgłaszam swoje uczestnictwo w Programie  **"Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024**

2. **Posiadam 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.

2.1. **W przypadku dzieci do 16 roku życia:**

Moje dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami 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

3. **Liczba godzin/dni usług opieki wytchnieniowej niezbędna mi w roku 2024?\***

□ 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 dni** w przypadku pobytu całodobowego.

4. **W przypadku uzyskania wsparcia wskażę miejsce, gdzie będą świadczone usług opieki wytchnieniowej:**

□ TAK

**□** NIE

 **5. W przypadku uzyskania wsparcia w ramach pobytu dziennego bądź całodobowego w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością wskażę osobę, która będzie świadczyła usług 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 Skrzyszów, w związku z realizacją Programu "Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 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