Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i realizacji

Programu Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

„Opieka wytchnieniowa” – edycja 2019

finansowanego z Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych

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

**(data i godzina wpływu do OPS) – *WYPEŁNIA OPS***

**Wniosek o wsparcie w ramach Programu Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej pn „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2019**

**finansowanego z Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych**

Bystrzyca Kłodzka, dnia .......………………………....................

...……………………………………………….............................................................................………………………………………………………...

imię i nazwisko opiekuna osoby niepełnosprawnej - Wnioskodawca

...………………………………………………...............................................................................………………………………………………………..

adres zamieszkania

...……………………………………………….........

(numer telefonu)

...………………………………………………...............................................................................………………………………………………………..

imię nazwisko osoby niepełnosprawnej

...………………………………………………...............................................................................………………………………………………………..

adres zamieszkania

Wnioskuję o przyznanie wsparcia w formie opieki wytchnieniowej

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

w ramach Programu Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej pn „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2019 w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej w ilości 240 godzin do 31.12.2019r.

*Oświadczenia opiekuna:*

1. *Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Bystrzycy Kłodzkiej danych osobowych moich i mojego podopiecznego zawartych we wniosku oraz załączonych do niego dokumentach dla potrzeb niezbędnych do realizacji wsparcia w formie opieki wytchnieniowej w ramach Programu Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej pn „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2019 finansowanego z Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych. Jednocześnie oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych, poprawiania ich, wycofania zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie oraz że podanie tych danych było dobrowolne.*
2. *Oświadczam, iż zapoznałem/am się z Regulaminem Rekrutacji do Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2019 finansowanego z Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych.*
3. *Oświadczam, że nie korzystam z innych form wsparcia w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej, ośrodku wsparcia, domu pomocy społecznej, środowiskowego domu samopomocy, warsztatów terapii zajęciowej jako zorganizowanej usługi.*
4. *Oświadczam, że jestem opiekunem/ członkiem rodziny sprawującym bezpośrednia opiekę nad osobą ze znacznym stopniem niepełnosprawności / dzieckiem z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: 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.*

*Pouczony/pouczona o odpowiedzialności karnej z art. 233 §1 kodeksu karnego (t.j. Dz. U. 2017 poz. 2204 z późn. zm) za składanie nieprawdziwych zeznań oświadczam, iż wszelkie dane zawarte w niniejszym Wniosku są zgodne z prawdą.*

......……………………………...………….................................................

data i podpis wnioskodawcy

***Do wniosku załączam:***

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności
2. Karta oceny stanu pacjenta wg zmodyfikowanej skali Barthel wypełniona przez lekarza specjalisty zgodnie z symbolem przyczyny niepełnosprawności znajdującym się na orzeczeniu (**Załącznik nr 2** do Regulaminu rekrutacji i realizacji Programu Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2019 finansowanego z Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych)