***Załącznik nr 1***

*do Regulaminu realizacji usługi opieki wytchnieniowej*

*przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Stalowej Woli*

** **

**Karta zgłoszenia nr …. do Programu „Opieka wytchnieniowa"   
– edycja 2021**

1. **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: ………………………………………………….

1. **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 ……………………………….……………………

**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 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 Regulaminurealizacji usługi opieki wytchnieniowej przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Stalowej Woli.

Miejscowość ………………………………., data ……………………………

..………………………………………………………

(Podpis opiekuna prawnegolub 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, ośrodku 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

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług opieki wytchnieniowej

………………………………………………………..

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

**Program „Opieka wytchnieniowa” - edycja 2021 jest w całości finansowany ze środków**

**z Funduszu Solidarnościowego**