***Załącznik nr 1***

*do Regulaminu realizacji usługi opieki wytchnieniowej*

*przez Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Ropczycach*

 ****

**Karta zgłoszenia nr …. do Programu „Opieka wytchnieniowa"
– edycja 2022**

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: ………………………………………………………..……………..

**Rodzaj niepełnosprawności** *( zaznaczyć odpowiednio):*

[ ]  dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowo – rdzeniowa),

[ ]  dysfunkcja narządu wzroku,

[ ]  zaburzenia psychiczne,

 [ ]  dysfunkcje o podłożu neurologicznym,

 [ ]  dysfunkcja narządu mowy i słuchu,

 [ ]  pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne,

W jakich czynnościach w szczególności wymagane jest wsparcia:

1. czynności samoobsługowe **Tak**[ ]  **Nie**[ ]
2. czynności pielęgnacyjne **Tak**[ ]  **Nie**[ ]
3. w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełniania ról społecznych **Tak**[ ]  **Nie**[ ]
4. w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania **Tak**[ ]  **Nie**[ ]
5. w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem **Tak**[ ]  **Nie**[ ]

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 …………………………………………………………………………… \*

□ w godzinach …………………………………..……………………………………………...

□ w dniach ……………………………….………………………………….…………………

Do Karty zgłoszenia do Programu „Opieka Wytchnieniowa”- edycja 2022, załączam następujące dokumenty\*\*:

1. …………………………………………………………………………………………...
2. …………………………………………………………………………………………...

Ropczyce dn. …………………… ..………………………………………………………

 (Podpis członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej
 lub opiekuna prawnego)

**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 traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym

 stopniu niepełnosprawności lub że dziecko posiada orzeczenie

 o niepełnosprawności\*\*

 W celu zapewnienia wysokiej jakości usług opieki wytchnieniowej wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowanie przez Zleceniodawcę Programu. Monitoring realizowany jest przez pracownika socjalnego MGOPS bezpośrednio w miejscu realizacji usługi, osobiście, telefonicznie lub w inny uzgodniony i dogodny dla uczestnika Programu sposób.

 Jestem świadomy/świadoma, że w godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej nie mogą być świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2021 r. poz. 2268 z późn. zm), inne usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub z innych źródeł.

 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 ………………………………………………………………………

 pozostaje pod moją stałą, osobistą i bezpośrednią opieką, w związku z orzeczoną
 niepełnosprawnością. W związku ze sprawowaną opieką nie pozostaję w zatrudnieniu, nie
 prowadzę działalności gospodarczej, nie wykonuję innej działalności zarobkowej.

 Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych
w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” edycja 2022 (zgodnie z 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 (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1, z późn. zm.) oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 178

 Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią:

1. Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2022,
2. z treścią Regulaminurealizacji usługi opieki wytchnieniowej przez Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Ropczycach,
3. Klauzulą informacyjną Programu „Opieka wytchnieniowa”– edycja 2022, oraz której wzór stanowi Załącznik nr 3 do Regulaminu,
4. Klauzulą informacyjną RODO w ramach programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2022, której wzór stanowi Załącznik Nr 4 do Regulaminu,

Ropczyce data ……………………… ..……………………………………………………

 (Podpis członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej

 lub opiekuna prawnego)

\*Należy wpisać miejsce wymienione w treści Programu „Opieka wytchnieniowa”- edycja 2022 np:

1) świadczenia usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego w miejscu zamieszkania osoby
z niepełnosprawnością,

\*\*Do Karty zgłoszenia należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

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

**ADNOTACJA PRACOWNIKA MIEJSKO-GMINNEGO OŚRODKA POMOCY SPOŁECZNEJ W ROPCZYCACH**

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług opieki wytchnieniowej.

………………………………………………………..

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)