



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej



Załącznik nr 8 do Programu  
Ministra Rodziny i Polityki Społecznej  
„Opieka wychnieniowa” – edycja 202

### Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wychnieniowa” – edycja 2021

**I. Dane osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wychnieniowej (opiekuna prawnego/członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej):**

Imię i nazwisko: .....

Data urodzenia: .....

Adres zamieszkania: .....

Telefon: .....

E-mail: .....

**II. Dane dotyczące osoby niepełnosprawnej, w związku z opieką nad którą opiekun ubiega się o przyznanie usługi opieki wychnieniowej:**

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 wychnieniowej):

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

**II. Preferowana forma, wymiar i miejsce świadczenia usług opieki wychnieniowej:**

☐ dzienna, miejsce..... \*

☐ całodobowa, miejsce ..... \*

☐ w godzinach ..... ☐ w dniach .....

**III. Oświadczenia:**

1. Oświadczam, że osoba niepełnosprawna, w związku z opieką nad którą ubiegam się o przyznanie usługi opieki wychnieniowej) posiada ważne orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności/orzeczenie równoważne lub że dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności\*\*

2. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Opieka wychnieniowa” – edycja 2021.

3. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Opieka wychnieniowa” – edycja 2021 (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).

Miejscowość ....., data .....

.....

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

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług opieki wytchnieniowej

.....  
(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

**\*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, ośrodka 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/o niepełnosprawności.**