**Druk zapotrzebowania na wsparcie w ramach Programu**

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(miejscowość) (data)

**………………………………………………………**

imię i nazwisko osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej (opiekuna osoby niepełnosprawnej sprawującego bezpośrednią opiekę)

**………………………………………………………**

adres zamieszkania

**……………………………………………………….**

telefon kontaktowy

**1. Czy osoba niepełnosprawna, w związku z opieką nad którą opiekun ubiega się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej posiada niepełnosprawność**:

□ TAK w stopniu znacznym z niepełnosprawnością sprzężoną

□ TAK w stopniu znacznym

□ TAK inne …………………………………………………………………………………………………………..

Przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się posiadanie orzeczenia ze wskazaniem co najmniej dwóch przyczyn niepełnosprawności.

**2. W przypadku dzieci do 16 roku życia: Czy dziecko posiada orzeczenie   
o niepełnosprawności □** TAK

**Czy 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 edukacji? □** TAK

**3. Preferowana forma, wymiar i miejsce świadczenia usług opieki wytchnieniowej:**

dzienna, miejsce, ilość godzin………………………………………………………….

czy w przypadku usług dziennej opieki wytchnieniowej w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością wskaże Pani/Pan realizatora wsparcia

□ TAK

**□** NIE

całodobowa, miejsce ilość dni………………………………………………………

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(czytelny podpis)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w rodzaju: imię, nazwisko, adres zamieszkania, telefon, osoby ubiegającej się o przyznanie usług opieki wytchnieniowej, informacje na temat stanu zdrowia osoby niepełnosprawnej w celu oszacowania potrzeb mieszkańców gminy Skoczów w związku z realizacją Programu „Opieka wytchnieniowa” – dla Jednostek Samorządu Terytorialnegoedycja 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).

Niniejsza zgoda jest dobrowolna i może być cofnięta w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(czytelny podpis)