Skoczów, dnia ………………………….

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

imię i nazwisko

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

adres zamieszkania

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

telefon kontaktowy

**ZGŁOSZENIE**

**do uczestnictwa w Programie**

**"Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**

1. Zgłaszam swoje uczestnictwo w Programie **“Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025”**

2**. Jestem opiekunem/członkiem rodziny osoby z niepełnosprawnością:**

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

/imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością, adres zamieszkania/

3. **Osoba z niepełnosprawnością posiada orzeczenie:**

□ o znacznym stopniu niepełnosprawności

□ traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

3.1. **W przypadku dzieci od ukończenia 2 roku życia do 16 roku życia:**

Moje 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 i edukacji.

□ TAK

□ NIE

4. **Liczba godzin/dni usług opieki wytchnieniowej niezbędna mi w roku 2025?\***

□ w ramach pobytu dziennego …………… godzin,

\*Limit godzin usług finansowanych ze środków Funduszu przypadających na jedną osobę   
z niepełnosprawnością w danym roku kalendarzowym wynosi nie więcej niż: **240 godzin** w przypadku pobytu dziennego,

Program finansowany jest ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach resortowego

Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

6. **W przypadku uzyskania wsparcia w ramach pobytu dziennego bądź całodobowego w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością wskażę osobę, która będzie świadczyła usług opieki wytchnieniowej:**

□ TAK

**□** NIE

**Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku podane zostały zgodnie z prawdą.**

Zgłoszenia pozwolą adekwatnie ocenić potrzeby mieszkańców gminy Skoczów, w celu złożenia zapotrzebowania na środki finansowe przeznaczone na realizację zadania. **Złożone zgłoszenie nie gwarantuje uczestnictwa w programie.**

…………........................................................  
 data i podpis

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w rodzaju: imię, nazwisko, adres zamieszkania, telefon, osoby ubiegającej się o przyznanie usług asystenta, imię, nazwisko, adres zamieszkania oraz informacje na temat stanu zdrowia osoby niepełnosprawnej celu oszacowania potrzeb mieszkańców Gminy Skrzyszów, w związku z realizacją Programu "Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 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 ze zm.).

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

………………………………………….

czytelny podpis

Program finansowany jest ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach resortowego

Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej