

Wniosek opiekuna sprawującego bezpośrednio opiekę nad (*wstawić „x”*):

- dzieckiem niepełnosprawnym z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji, konieczności stałego współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji
- osobą ze znacznym stopniem niepełnosprawności

ws. przyznania świadczenia w formie specjalistycznego poradnictwa dla opiekunów w ramach programu „Opieka wytchnieniowa” – Edycja 2019

I. DANE OPIEKUNA

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

Numer kontaktowy.....

II. DANE OSOBY DOROSŁEJ/DZIECKA */ Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ:

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

Data urodzenia.....PESEL.....

**Do Dyrektora
Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej
w Sopocie**

Zwracam się z prośbą o udzielenie wsparcia w ramach programu „Opieka wytchnieniowa” – Edycja 2019 w formie **świadczenia specjalistycznego poradnictwa dla opiekunów** w zakresie:

- poradnictwa psychologicznego – liczba godzin.....
- nauki w zakresie dietetyki - liczba godzin.....
- nauki w zakresie pielęgnacji - liczba godzin.....

.....
(data i podpis opiekuna)

.....
(data i podpis osoby niesamodzielnej
(w przypadku zdolności do czynności prawnych))



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

Oświadczam, że **wyrażam zgodę** na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku, w **związku z realizowanym Programem „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2019 Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Sopocie**, ul. Kolejowa 14, 81-835 Sopot, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit a oraz art. 9 ust. 2 lit a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE.L.119 z 04.05.2016 str. 1). Wyrażenie zgody jest dobrowolne jednak jej brak spowoduje brakiem możliwości objęcia programem.

Oświadczam, że zapoznałem/am* się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych, prawie do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawie do wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania, a także do przenoszenia danych. Mam świadomość, że udzieloną zgodę mogę wycofać w dowolnym momencie.

.....
Data i podpis opiekuna

.....
data i podpis
osoby niesamodzielnej
(w przypadku zdolności
do czynności prawnych)

Załączniki do wniosku:

- 1) Karta oceny stanu pacjenta wg zmodyfikowanej skali Barthel kierowanego do Programu „Opieka wytchnieniowa”- Edycja 2019
- 2) Orzeczenie o niepełnosprawności

Objaśnienia: */ niepotrzebne skreślić



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej