**Druk zapotrzebowania na wsparcie w ramach Programu**

**"Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego −** **edycja 2026**

**POBYT DZIENNY**

Gierałtowice, dnia............................

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

Imię i nazwisko: ………………………………………………………………………………………………..

Data urodzenia: ……………………… Telefon: ………….………………………………………

Adres zamieszkania: …………………………………………………………………………………………..

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: ……………………….……………………………..

1. **Czy posiada Pan/Pani orzeczenie o niepełnosprawności?**

□ TAK w stopniu znacznym z niepełnosprawnością sprzężoną

□ TAK w stopniu znacznym lub orzeczenie traktowane na równi

□ TAK w stopniu umiarkowanym

□ NIE

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

1. **Czy korzysta Pan/Pani ze wsparcia w formie usług opiekuńczych /specjalistycznych usług opiekuńczych/ usług Programu „Opieka wytchnieniowa” lub „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”?**

* TAK, jakiego?……………………………………………………………………..
* NIE

1. **Rodzaj wnioskowanej opieki wytchnieniowej/ świadczenie usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego**

□ TAK w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej

□ TAK w ośrodku wsparcia

□ TAK w innym miejscu wskazanym przez uczestnika programu, które otrzyma pozytywną opinię

gminy/powiatu

□ TAK w domu pomocy społecznej na podstawie przyjętej przez gminę lub powiat uchwały

□ NIE

**IV. Jaka liczba godzin usług opieki wytchnieniowej miesięcznie jest Panu/Pani niezbędna w roku 2026?**

**…………………**

Jednocześnie informuję, że osoba zależna\*:

- wymaga wysokiego poziomu wsparcia,

- stale przebywa w domu, tj. nie korzysta z ośrodka wsparcia lub placówek pobytu całodobowego.

Oświadczam, że jako członek rodziny/opiekun osoby z niepełnosprawnością sprawujący bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością jestem **aktywny/nieaktywny zawodowo**\* i **mam/nie mam**\* ograniczone możliwości podejmowania aktywności zawodowej ze względu na konieczność opiekowania się osobą z niepełnosprawnością.

Oświadczam, że w przypadku uzyskania wsparcia w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” mam możliwość wskazania osoby, która spełnia wymogi Programu do pełnienia funkcji opiekuna, tj. posiada stosowne wykształcenie lub doświadczenie w opiece nad osobami niepełnosprawnymi\*:

□ TAK

□ NIE

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

data i podpis wnioskodawcy

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w rodzaju: imię, nazwisko, adres zamieszkania, telefon, osoby ubiegającej się o przyznanie usług opieki wytchnieniowej, imię, nazwisko, adres zamieszkania oraz informacje na temat stanu zdrowia osoby z niepełnosprawnością w celu oszacowania potrzeb mieszkańców Gminy Lubartów w związku z realizacją Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 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)

\*niepotrzebne skreślić