

Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021

POWIAT PIASECZYŃSKI

I. Dane osoby niepełnosprawnej lub członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej (dot. specjalistycznego poradnictwa) :

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Telefon:

E-mail:

II. Dane rodzica/ opiekuna prawnego osoby niepełnosprawnej (jeśli dotyczy):

Imię i nazwisko:

Telefon:.....

E-mail:.....

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

- psycholog
- nauka rehabilitacji
- nauka pielęgnacji
- dietetyk

V. Oświadczenia:

1. Oświadczam, że posiadam 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 wytchnieniowa” – edycja 2021.
3. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” - 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 2018 r. poz. 1000).

Miejscowość,

Data

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

****Do Karty zgłoszenia należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności/o niepełnosprawności.**