**WNIOSEK
O ŚWIADCZENIE USŁUG OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ**

**realizowanych w ramach Programu Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej pn. „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2019**

członka rodziny lub opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad dzieckiem z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: 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 (dla dziecka do 16 r.ż.)

**I. DANE WNIOSKODAWCY (członka rodziny/ opiekuna):**

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

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

Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż zamieszkania):

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

Nr tel……………………………………………………………………………………………

**II. DANE DZIECKA:**

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

PESEL:…………………………………………………………………………………………

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

**III. Zwracam się z prośbą o przyznanie usług opieki wytchnieniowej w zakresie:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wstaw X w wybranej pozycji** | **Typ usługi [[1]](#footnote-1)** |
|  | Poradnictwo psychologiczne |
|  | Poradnictwo terapeutyczne |
|  | Wsparcie w zakresie nauki pielęgnacji |
|  | Wsparcie w zakresie nauki rehabilitacji |
|  | Wsparcie w zakresie nauki dietetyki |

**IV. OŚWIADCZENIA**

1. Oświadczam, iż jestem członkiem rodziny / opiekunem sprawującym bezpośrednią opiekę nad[[2]](#footnote-2): …………………………………………………………………………………………………..

(imię i nazwisko podopiecznego).

2. Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 i § 6 kk w zw. z art. 75 § 2 i art. 83 § 3 kpa za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku zostały podane zgodnie z prawdą. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni od zaistnienia zmiany.

2. Wyrażam zgodę na umieszczanie i przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Limanowej dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku o świadczenie usług opieki wytchnieniowej, zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

………………………………………….

 (data i czytelny podpis wnioskodawcy)

**VI. Do wniosku należy dołączyć:**

1. Kserokopię orzeczenia o niepełnosprawności.

2. Klauzulę RODO – załącznik nr 1 do wniosku

**UWAGA: informujemy, że złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem usług oraz, że wnioski rozpatrywane są w roku złożenia i nie przechodzą na kolejne lata.**

1. Wnioskodawca może zaznaczyć dowolną ilość usług, natomiast nie mniej niż 2. [↑](#footnote-ref-1)
2. Niewłaściwe skreślić [↑](#footnote-ref-2)