DIAGNOZA POTRZEB NA TERENIE GMINY BIAŁOŚLIWIE

do Programu „Opieka Wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu

Terytorialnego– edycja 2027

I. Dane osoby z niepełnosprawnością :

Imię i nazwisko……... ……...…….

Data urodzenia …….

Adres zamieszkania ……

II Dane opiekuna osoby z niepełnosprawnością, który będzie ubiegał się o przyznanie opieki wytchnieniowej:

Imię i nazwisko ……

Adres zamieszkania ……

Telefon kontaktowy…….

1. Osoba niepełnosprawna posiada orzeczenie :

□ o znacznym stopniu z niepełnosprawnością sprzężoną*,

□ o znacznym stopniu,

□ traktowane na równi z orzeczeniami wymienionymi w lit. a i b, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

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

1.1. W przypadku dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 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

2. Proszę wskazać preferowaną formę, wymiar i miejsce świadczenia usług opieki wytchnieniowej:

□ dzienna (miejsce, preferowana ilość godzin, max 240 godzin na rok)
……..……

□ całodobowa (miejsce, preferowana ilość godzin, max 14 dób na rok)
……..…….

3. Czy w przypadku usług dziennej opieki wytchnieniowej w miejscu zamieszkania osoby

z niepełnosprawnością, zostanie przez Panią/Pana wskazana osoba do realizacji niniejszych usług?

□ TAK □ NIE

Niniejsza deklaracja służy celom diagnostycznym i szacunkowym w celu ustalenia

zapotrzebowania na usługi opieki wytchnieniowej w 2027 roku.

Złożenie deklaracji nie jest jednoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Programie.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w rodzaju: imię, nazwisko, adres zamieszkania, telefon, osoby ubiegającej się o przyznanie usług opieki wytchnieniowej, oraz informacje na temat stanu zdrowia osoby niepełnosprawnej celu oszacowania potrzeb mieszkańców Gminy Białośliwie, w związku z realizacją Programu „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2027 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.).

.....

data i podpis opiekuna osoby niepełnosprawnej