OW/………….../2025, data wpływu:………………………..

**Karta zgłoszenia opiekuna wytchnieniowego w Programie**

**„Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**

**I. Dane Opiekuna wytchnieniowego:**

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

Data urodzenia: …………………… ,PESEL……………………………………………………….

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

Telefon: ……………………………………………………………………………..………………..

E-mail: ………………………………………………………………………..………………………

**II. Należy zaznaczyć i załączyć właściwe dokumenty:**

 Jestem osobą wskazaną przez ………………………………..…………………… - osobę

 /imię i nazwisko osoby zamieszkującej z niepełnosprawnym/

zamieszkującą i opiekującą się niepełnosprawnym ………………………………………………….

 /imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością/

 posiadam dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji zawodowych w jednym z zawodów specjalnościach: asystent osoby niepełnoprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, siostra PCK, fizjoterapeuta lub innych zawodach i specjalnościach o charakterze medycznym lub opiekuńczym (**należy załączyć kserokopię dyplomu**).

 Posiadam udokumentowane minimum 6-miesięczne doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami, tj. doświadczenie zawodowe, udzielania wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w formie wolontariatu (**należy załączyć zaświadczenie pracodawcy bądź oświadczenie podpisane przez osobę z niepełnosprawnością, której udzielane było wsparcie).**

**III. Oświadczenia:**

1. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych
w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Opieka Wytchnieniowa” – edycja 2025 (zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 178).
2. **Oświadczam, że wyrażam zgodę na świadczenie usług opieki wytchnieniowej nad Panem/Panią ……………………………………………………………………..…..**
3. Oświadczam, że:
* Jestem\*/nie jestem\* członkiem rodziny osoby z niepełnosprawnością oraz osób z nią zamieszkujących (należy zaznaczyć).

*(za członka rodziny uznaje się wstępnych oraz zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnego oraz zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu,*

 *a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem)*.

* Jestem\*/nie jestem\* opiekunem prawnym osoby z niepełnosprawnością oraz osób z nią zamieszkujących (należy zaznaczyć).
* Zamieszkuję\*/nie zamieszkuję\* wspólnie z osobami wyżej wskazanymi (należy zaznaczyć).
1. Oświadczam, że:

Posiadam\*/nie posiadam\* orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu……………………… o numerze ……………………………………. lub równoważne. Jeżeli tak proszę o załączenie kserokopii orzeczenia oraz zaświadczania lekarskiego o braku przeciwskazań do pracy jako opiekun wytchnieniowy, wydanego nie później niż 30 dni przed złożeniem wniosku.

1. Oświadczam, że:

Zapoznałem\*/-am\* się z treścią Programu „Opieka Wytchnieniowa” – edycja 2025
oraz z zakresem czynności opiekuna wytchnieniowego.

\*niepotrzebne skreślić

Miejscowość , data …………………………. …………………………………………….

 (Podpis opiekuna wytchnioniowego)