

**ANKIETA**

**badająca zainteresowanie Programem „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2020**

**Oświadczam, iż jestem członkiem rodziny/opiekunem sprawującym bezpośrednią opiekę nad (wstawić „X”):**

- dzieckiem niepełnosprawnym z orzeczeniem o niepełnosprawności
- osobą ze znacznym stopniem niepełnosprawności (lub orzeczeniem równoważnym)

**I. Dane osoby niepełnosprawnej:**

Imię i nazwisko: .....

Data urodzenia: .....

Adres zamieszkania: .....

Telefon: .....

E-mail: .....

**II. Dane członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej:**

Imię i nazwisko: .....

Telefon:.....

E-mail:.....

**III. Jestem zainteresowany udziałem w Programie „Opieka wytchnieniowa” - edycja 2020, w formie (wstawić „X”):**

**1) świadczenia usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego w:**

- miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej
- ośrodka wsparcia prowadzonym jako zadanie własne samorządu
- innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu lub jego opiekuna prawnego, które otrzyma pozytywną opinię gminy/powiatu realizującego Program

2) świadczenia usługi opieki wytchnieniowej, w ramach pobytu całodobowego w:

- ośrodka wsparcia prowadzonym jako zadanie własne samorządu
- w ośrodku/placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym wpisaną do rejestru właściwego wojewody
- innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu lub jego opiekuna prawnego, które otrzyma pozytywną opinię gminy/powiatu realizującego Program

3)

- świadczenia usługi opieki wytchnieniowej poprzez zapewnienie członkom rodziny lub opiekunom sprawującym bezpośrednią opiekę nad dziećmi z orzeczeniem o niepełnosprawności oraz osobami niepełnosprawnymi ze znacznym stopniem niepełnosprawności/osobami z orzeczeniami równoważnymi, możliwości skorzystania ze specjalistycznego poradnictwa (psychologicznego lub terapeutycznego) oraz wsparcia w zakresie nauki pielęgnacji/rehabilitacji/dietetyki

*Wypełnienie ankiety nie jest równoznaczne ze zgłoszeniem do Programu „Opieka wytchnieniowa” - edycja 2020. Ankieta ma na celu oszacowanie zainteresowania usługami w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa”- edycja 2020 w Jeleniej Górze.*

*Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszej ankiecie dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” - edycja 2020 (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 członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej

.....

Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie telefonicznie