



**Karta zgłoszenia Opiekuna Wytchnieniowego
do Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024**

Należy wypełnić DRUKOWANYMI LITERAMI

.....
pieczęć wpływu do PCPR

I. Dane Opiekuna wytchnieniowego:

Imię i nazwisko Opiekuna Wytchnieniowego:

Nazwisko rodowe:

Imię ojca Imię matki

Data i miejsce urodzenia: PESEL

Adres zamieszkania:

Telefon: e-mail:

II. Należy zaznaczyć i załączyć właściwe:

jestem osobą wskazaną przez - uczestnika Programu
/imię i nazwisko/

jestem osobą wskazaną przez - opiekuna prawnego/rodzica
/imię i nazwisko opiekuna/

sprawującego opiekę nad
/imię i nazwisko/

oraz

posiadam dokument potwierdzający uzyskanie minimum jednej z kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, fizjoterapeuta (należy załączyć kserokopię dyplomu).

posiadam co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu u bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe lub/i udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu (należy załączyć zaświadczenie z pracy lub/i kopię świadectwa pracy wraz z zakresem obowiązków lub/i referencje od osoby prawnej lub fizycznej).



III. Oświadczenia:

1. **Oświadczam, że** (wpisać „wyrażam” lub „nie wyrażam”) zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu i załącznikach dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2024 /zgodnie z 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.) oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 178)/.

Miejscowość, data

.....
(czytelny podpis Opiekuna Wytchnieniowego)

2. **Oświadczam, że** (zostałem/łam zapoznany/a) z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.

Miejscowość, data

.....
(czytelny podpis Opiekuna Wytchnieniowego)

3. **Oświadczam, że** (wpisać „zapoznałem/łam się” lub „nie zapoznałem/łam się”) z treścią Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.

Miejscowość, data

.....
(czytelny podpis Opiekuna Wytchnieniowego)

4. **Oświadczam, że** (wpisać „posiadam” lub „nie posiadam”) orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (w przypadku posiadania należy załączyć kserokopię orzeczenia oraz zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania czynności opiekuna wytchnieniowego).

Miejscowość, data

.....
(czytelny podpis Opiekuna Wytchnieniowego)

5. **Oświadczam, że** (wpisać „posiadam pełną” lub „posiadam częściową” lub „nie posiadam”) zdolność do czynności prawnych.

Miejscowość, data

.....
(czytelny podpis Opiekuna Wytchnieniowego)

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

*** odpowiednie skreślić.