

....., dnia r.

.....
(Imię i nazwisko)

.....
(Dyrektor MOPS/GOPS)

.....
(Adres zamieszkania)

.....
(Adres ośrodka)

.....
(PESEL)

.....
(Telefon kontaktowy)

WNIOSEK O PRYZNANIE USŁUG OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ

Program resortowy Ministra Rodziny i Polityki Społecznej — Opieka wytchnieniowa

Dane opiekuna (wnioskodawcy)

Relacja do osoby niepełnosprawnej	
-----------------------------------	--

Dane osoby niepełnosprawnej (podopiecznego)

Imię i nazwisko	
PESEL	
Data urodzenia	
Stopień niepełnosprawności / nr orzeczenia	
Rodzaj niepełnosprawności / schorzenie	

Wnioskowany rodzaj opieki wytchnieniowej

- ☐ Świadczenie w miejscu zamieszkania (opiekun zastępczy przychodzi do domu)
- ☐ Dzienny pobyt podopiecznego w ośrodku / placówce
- ☐ Całodobowy pobyt podopiecznego w ośrodku (krótkoterminowy)
- ☐ Specjalistyczne poradnictwo (psychologiczne lub pedagogiczne dla opiekuna)

Uzasadnienie wniosku

.....

Oświadczenie

Oświadczam, że sprawuję bezpośrednią opiekę nad ww. osobą niepełnosprawną. Dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą. Przyjmuję do wiadomości, że usługa opieki wytchnieniowej jest bezpłatna i finansowana z Funduszu Solidarnościowego.

Załączniki

1. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności osoby objętej opieką
2. Oświadczenie o sprawowaniu bezpośredniej opieki nad osobą niepełnosprawną (jeśli wymagane przez MOPS)

Podstawa prawna: Program resortowy Ministra Rodziny i Polityki Społecznej Opieka wytchnieniowa; ustawa z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz.U. 2020 poz. 1787 ze zm.).

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy (opiekuna))

Klauzula informacyjna (RODO)

Zgodnie z art. 13 RODO informuję, że: 1) Administratorem danych jest MOPS/GOPS właściwy dla miejsca zamieszkania; 2) Dane przetwarzane są w celu rozpatrzenia wniosku o opiekę wytchnieniową; 3) Podstawą przetwarzania jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO (obowiązek prawny); 4) Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do danych i ich sprostowania.