

.....
/data i godzina wpływu do MORiUS/ – **WYPEŁNIA MORiUS**

**Wniosek o wsparcie w ramach Programu Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
pn „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2019
finansowanego z Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych**

Głogów, dnia.....

.....
imię i nazwisko opiekuna osoby niepełnosprawnej - Wnioskodawca

.....
adres zamieszkania

.....
(numer telefonu)

.....
imię nazwisko osoby niepełnosprawnej

.....
adres zamieszkania

Wnoszę o przyznanie wsparcia w formie opieki wytchnieniowej w ramach Programu Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej pn „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2019 w Miejskim Ośrodku Rehabilitacji i Usług Specjalistycznych, w ilości do 240 godzin do 31.12.2019r.

Oświadczenia opiekuna:

- 1) Zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych moich i mojego podopiecznego zawartych we wniosku oraz załączonych do niego dokumentach dla potrzeb niezbędnych do realizacji wsparcia w formie opieki wytchnieniowej w ramach Programu Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2019 finansowanego z Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych realizowanego przez Miejski Ośrodek Rehabilitacji i Usług Specjalistycznych w Głogowie.



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



- 2) *Oświadczam, iż zapoznałem/am się z Regulaminem Rekrutacji do Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2019 finansowanego z Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych.*
- 3) *Oświadczam, że nie korzystam z innych form wsparcia w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej, ośrodka wsparcia, domu pomocy społecznej, środowiskowego domu samopomocy, warsztatów terapii zajęciowej jako zorganizowanej usługi.*
- 4) *Oświadczam, że jestem opiekunem/ członkiem rodziny sprawującym bezpośrednią opiekę nad osobą ze znacznym stopniem niepełnosprawności / dzieckiem z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: 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.*

Pouczony/pouczona o odpowiedzialności karnej z art. 233 §1 kodeksu karnego (t.j. Dz. U. 2017 poz. 2204 z późn. zm) za składanie nieprawdziwych zeznań oświadczam, iż wszelkie dane zawarte w niniejszym Wniosku są zgodne z prawdą.

.....
data i podpis wnioskodawcy

Do wniosku załączam:

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności
2. Karta oceny stanu pacjenta wg zmodyfikowanej skali Barthel wypełniona przez lekarza specjalistę zgodnie z symbolem przyczyny niepełnosprawności znajdującym się na orzeczeniu (**Załącznik nr 2** do Regulaminu rekrutacji i realizacji Programu Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2019 finansowanego z Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych)



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

