***NR KARTY****............................................*

***NAZWA ORGANIZACJI ŚWIADCZĄCEJ USŁUGĘ***

**FUNDACJA EUDAJMONIA**

**Karta zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej" – edycja 2020**

**OKRES PRZYZNANIA USŁUGI ASYSTENTA OSOBISTEGO OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

**Ilość godzin w miesiącu ( godziny nie wykorzystane w danym miesiącu nie przechodzą na następny)**

**III............. IV............ V.............. VI............ VII.......... VIII.......... IX.......... X.......... XI......... XII...........**

**Łączna ilość godzin w 2020r. .....................................................................................**

**I. Dane uczestnika Programu:**

Imię i nazwisko uczestnika Programu: ………………………………………….......................

Data urodzenia: ………………………………………….

Adres zamieszkania: ……………………………………..

Telefon: …………………………………………………

E-mail: ………………………………………………….

Stopień niepełnosprawności: □ znaczny □ umiarkowany □ całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji □ całkowita niezdolność do pracy\*

Ważność orzeczenia................................................................................................................

Czy są przyznane usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, opieka wytchnieniowa, usługi opiekuńcze dla osób niepełnosprawnych

.............................................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................

Informacje na temat ograniczeń osoby niepełnosprawnej w zakresie komunikowania się lub poruszania się

..............................................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................

**II. Dane opiekuna prawnego uczestnika Programu (jeśli dotyczy, zaświadczenie o opiece prawnej do wglądu):**

Imię i nazwisko opiekuna prawnego uczestnika Programu: …………………………………………..............................

Telefon:……………………………..

E-mail:……………………………….

**III. Oświadczenia:**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2019-2020 (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).

Oświadczam, że zapoznałem/łam się (że zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” (a w szczególności z ty, że Program jest przeznaczony dla osób pełnoletnich, miesięczne do wykorzystania jest 30h , godziny nie wykorzystane w danym miesiącu nie przechodzą na następny miesiąc, program realizowany jest w 2020r.)

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

..…………………………………………………………………….

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

**Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystenckich**

………………………………………………….

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie - MOPS)

\*Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej" należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.