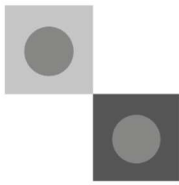



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

I	DANE OPIEKUNA PRAWNEGO/FAKTYCZNEGO/PEŁNOMOCNIKA OSOBY /DZIECKA OBJĘTEGO OPIEKĄ	
	imię i nazwisko	
	adres zamieszkania	
	telefon kontaktowy	
	adres e-mail	
II	DANE OSOBY /DZIECKA OBJĘTEGO OPIEKĄ	
	imię i nazwisko	
	adres zamieszkania	
	pesel	
III	STAN ZDROWIA OSOBY /DZIECKA OBJĘTEGO OPIEKĄ	
	<p>Rodzaj niepełnosprawności:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowie; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowa – rdzeniowa) <input type="checkbox"/> 2. dysfunkcja narządu wzroku <input type="checkbox"/> 3. zaburzenia psychiczne <input type="checkbox"/> 4. dysfunkcje o podłożu neurologicznym <input type="checkbox"/> 5. dysfunkcja narządu mowy i słuchu <input type="checkbox"/> 6. pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne <input type="checkbox"/>. 	





W jakich czynnościach w szczególności wymagane jest wsparcie:

1. czynności samoobsługowe, w tym utrzymanie higieny osobistej **Tak****/Nie**;
2. prowadzenie gospodarstwa domowego i wypełnianie ról w rodzinie
Tak**/Nie**;
3. przemieszczanie się poza miejscem zamieszkania **Tak****/Nie**;
4. podejmowanie aktywności życiowej i komunikowanie się z otoczeniem
Tak**/Nie**.

Informacje na temat ograniczeń osoby z niepełnosprawnością w zakresie komunikowania się lub poruszania się (wypełnia opiekun prawny/członek rodziny/opiekun osoby niepełnosprawnej, który ubiega się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej):

- jak dziecko się porusza?

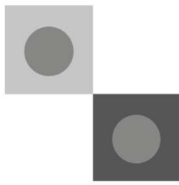
- jak dziecko jest żywione? (ma pega, je doustnie, ma specjalną dietę?)

- jak dziecko się komunikuje?

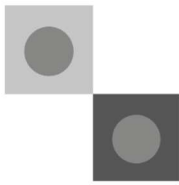
- czy zdarzają się u dziecka epizody agresji (autoagresji)?

ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

TAK/NIE



IV	INFORMACJE DOTYCZĄCE AKTYWNOŚCI OSOBY /DZIECKA OBJĘTEGO OPIEKĄ
	<p>Jakie ma zainteresowania i co lubi robić?</p> <p>.....</p> <p>Czy jest nadwrażliwość w aspekcie integracji sensorycznej? (dotyk, słuch, smak, węch, wzrok, orientacja przestrzenna)</p> <p>.....</p> <p>czego nie lubi robić?</p> <p>.....</p>
V	PLANOWANA DATA POBYTU W DOMU OPIEKI WYTCNIENIOWEJ W Żmigrodzie
	<p>Zostałem/am poinformowany/a, zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO), o zasadach przetwarzania moich danych osobowych przez Powiat Trzebnicki reprezentowany przez Starostę Trzebnickiego którego siedziba znajduje się przy ul. Ks. Dz. W. Bochenka 6, 55-100 Trzebnica.</p> <p>Zostałem/am poinformowany/a, że w sprawach dotyczących ochrony moich danych osobowych mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail: iod@powiat.trzebnica.pl</p> <p>Zostałem/am poinformowany/a o przysługujących mi prawach wynikających z RODO, w szczególności o: prawie dostępu do danych, prawie do sprostowania danych, prawie do</p>



ograniczenia przetwarzania, prawie do cofnięcia zgody (w przypadku danych podanych dobrowolnie), prawie wniesienia skargi do Prezesa UODO.

Przyjmuję do wiadomości, że moje dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji, rozliczenia i kontroli projektu dotacyjnego, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO (wypełnienie obowiązku prawnego) oraz lit. e RODO (wykonanie zadania realizowanego w interesie publicznym).

Zostałem/am poinformowany/a, że moje dane nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy ani do organizacji międzynarodowych, nie będą też podlegać zautomatyzowanemu przetwarzaniu ani profilowaniu.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych / danych osobowych mojego podopiecznego/dziecka zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do świadczenia wsparcia placówce w Żmigrodzie przy ul. Willowej 4 przez Fundację Wrocławskie Hospicjum dla Dzieci (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

Czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług opieki wytchnieniowej

.....
Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie

Usługa jest świadczona w ramach projektu grantowego pt. „Premia społeczna” w ramach Działania 04.13 Wysokiej jakości system włączenia społecznego w ramach programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus oraz ze środków Starostwa Powiatowego w Trzebnicy.