**WNIOSEK**

**„Opieka wytchnieniowa”- edycja 2019 MODUŁ III**

Ja, niżej podpisany/a …………………………………………………………………deklaruję chęć udziału w programie „Opieka wytchnieniowa” - edycja 2019 w ramach Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych ogłoszonego przez Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej realizowanego przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Radomiu w partnerstwie z Domem Pomocy Społecznej w Krzyżanowicach

|  |
| --- |
| **Dane opiekuna lub rodzica osoby niepełnosprawnej ze znacznym stopniem niepełnosprawności** |
| Imię (imiona) |
| Nazwisko |
| PESEL |
| Telefon |
| Mail |
| **Dane podopiecznego – osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności** |
| Imię (imiona) |
| Nazwisko |
| PESEL |
| Miejscowość |
| Kod pocztowy |
| Telefon |
| **Oświadczenia:**  Niniejszym oświadczam, iż opiekuję się w/w członkiem rodziny ze znacznym stopniem niepełnosprawności, który wymaga stałej i długotrwałej opieki innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnego funkcjonowania.  Niniejszym oświadczam, iż nie korzystam/ korzystam z innych form wsparcia w ramach programu „Opieka wytchnieniowa- edycja 2019” finansowanym ze środków Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych.    **Data i podpis uczestnika …………………………………………………….**  Załączniki:  Kserokopia orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności.  Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych |