Krynica Morska, dnia …….….……………..

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej

ul. Górników 15a

82- 120 Krynica Morska

**WNIOSEK**

**o skierowanie osoby bezrobotnej do wykonywania prac związanych z realizacja codziennych obowiązków domowych na rzecz opiekunów osób niepełnosprawnych**

1. Imię i nazwisko opiekuna ………………………………………………………………………………………………………
2. Adres zamieszkania ……………………………………………………………………………………………………………….
3. PESEL ……………………………………………………………………………………….……………………………………………
4. Nr telefonu ……………………………………………. e-mail ………………….……………………………………………..

Oświadczam, iż zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 16b ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, jestem **opiekunem osoby niepełnosprawnej ( oznacza to członków rodziny: małżonków, rodziców dziecka, opiekuna faktycznego dziecka), sprawującym opiekę nad:**

□ osobą niepełnosprawną 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;

w związku z powyższym wnioskuję o skierowanie do mnie, jako opiekuna, osoby bezrobotnej do wykonywania prac związanych z realizacją codziennych obowiązków domowych.

 **Proszę wskazać dane osoby, nad którą opiekun sprawuje opiekę:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Data urodzenia** | **Miejsce sprawowania opieki nad osobą niepełnosprawną** | **Stopień pokrewieństwa lub powinowactwa** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Oświadczenie:

1. Oświadczam, że sprawuję opiekę nad osobą niepełnosprawną ze znacznym stopniem niepełnosprawności, albo 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.
2. Zobowiązuję się niezwłocznie poinformować Urząd Pracy o fakcie niecelowości dalszego kierowania osoby bezrobotnej do wykonywania prac związanych z realizacją codziennych obowiązków domowych na rzecz opiekunów osób niepełnosprawnych, w związku z ustaniem opieki lub braku takich potrzeb.
3. Jako opiekun osoby, nad którą sprawuję opiekę wyrażam zgodę na przetwarzanie jej danych osobowych wskazanych w powyższej tabeli do celów związanych z rozpatrzeniem wniosku i udzieleniem wsparcia. Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż administratorem w/w danych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej ul. Górników 15a, 82- 120 Krynica Morska. Zostałem poinformowany, iż podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia oraz o prawie dostępu do treści w/w danych i ich poprawiania.
4. Oświadczam, iż mam świadomość że osoba bezrobotna, zostanie skierowana do pomocy mi w zakresie codziennych obowiązków domowych, obejmujących w szczególności prace o charakterze pomocniczym, ***z wyłączeniem*** prac związanych z bezpośrednią opieką nad osobą niepełnosprawną, w szczególności pielęgnacji tych osób, zabiegów higienicznych i podawania leków. Wymiar czasu pracy osoby skierowanej do pomocy nie może przekraczać 10 godzin tygodniowo.
5. Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

Proponowana przeze mnie osoba bezrobotna, zarejestrowana w PUP w Nowym Dworze Gd., która mogłaby zostać skierowana do pomocy opiekunowi:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Pesel** | **Adres zamieszkania** |
|  |  |  |  |

 …………………………………………………………

 (czytelny podpis wnioskodawcy)

**UWAGA: do wniosku należy dołączyć potwierdzoną „za zgodność z oryginałem” kserokopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności osoby, nad którą opiekun sprawuje opiekę oraz dokument potwierdzający stopień pokrewieństwa.**