Załącznik nr 1 Wniosek o przyjęcie do „Kokoszki”

|  |  |
| --- | --- |
| **I** | **DANE OPIEKUNA PRAWNEGO/FAKTYCZNEGO/PEŁNOMOCNIKA OSOBY /DZIECKA OBJĘTEGO OPIEKĄ**  |
| imię i nazwisko |  |
| adres zamieszkania |  |
| telefon kontaktowy |  |
| adres e-mail |  |
| **II** | **PREFEROWANY CZAS ŚWIADCZENIA USŁUGI OPIEKI STACJONARNEJ** |
| Planowana data |  |
| **III** | **DANE OSOBY /DZIECKA OBJĘTEGO OPIEKĄ**  |
| imię  |  |
| nazwisko |  |
| data urodzeniawiek: |  |
| adres |  |
| pesel |  |
| **IV** | **STAN ZDROWIA OSOBY /DZIECKA OBJĘTEGO OPIEKĄ**  |
| **KOD jednostki chorobowej wg ICD-10, opis stanu zdrowia dziecka, uwagi** |
| **ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** |
|  | TAK |  | NIE |
| **V** | **OŚWIADCZENIA OPIEKUNA PRAWNEGO/CZŁONKA RODZINY/OPIEKUNA FAKTYCZNEGO** |
|  | Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych osobowych mojego podopiecznego/dziecka zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do świadczenia wsparcia w Domu Opieki Wytchnieniowej „Kokoszka” 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) |
| …………………………………………………….Data i podpis opiekuna prawnego, rodzica, opiekuna faktycznego |
| **VI** | **OŚWIADCZENIA PODOPIECZNEGO PEŁNOLETNIEGO (w przypadku osoby nieubezwłasnowolnionej)** |
|  | Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Regulaminu Domu Opieki Wytchnieniowej „Kokoszka” prowadzonego przez Fundację Wrocławskie Hospicjum dla Dzieci  |
|  | Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do świadczenia wsparcia w Domu Opieki Wytchnieniowej „Kokoszka” 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). |
| ………………………………………………….Data i podpis osoby niepełnosprawnej |