**Zadanie 2**

organizacja i zapewnienie opieki oraz rehabilitacji społecznej dla 15 osób niepełnosprawnych ze spektrum autyzmu, 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 oraz osób niepełnosprawnych ze znacznym stopniem niepełnosprawności do 24 roku życia na czas odpoczynku lub nieobecności opiekunów osób niepełnosprawnych tzw. opieki wytchnieniowej

……………………………………… ……………………………..

Imię i Nazwisko dziecka/osoby Miejscowość, data

niepełnosprawnej

………………………………………

Adres zamieszkania

……………………………..…………….

tel. kontaktowy do rodzica/opiekuna

 **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie**

 **w Krakowie**

 **al. Słowackiego 20**

 **30-037 Kraków**

**WNIOSEK**

W związku z realizacją programu pn. **„Wsparcie dla osób niepełnosprawnych i ich rodzin w Powiecie Krakowskim na lata 2022-2026”** oraz realizacją w roku 2025 zadania publicznego Powiatu Krakowskiego w zakresie wsparcia osób niepełnosprawnych **ze spektrum autyzmu** i ich rodzin - opieka wytchnieniowa w powiecie krakowskim

zwracam się z prośbą o przyznanie dla ………………………………………………………..

wsparcia w formie dziennego turnusu odciążeniowego.

…………………………………..

podpis rodzica/opiekuna/osoby niepełnosprawnej

Do wniosku załączam:

1. Kserokopię orzeczenia (oryginał do wglądu)**\***:
2. o niepełnosprawności dziecka …………………………………. (imię i nazwisko) 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;
3. o znacznym stopniu niepełnosprawności dot. osoby do 24 roku życia ……............

…………………………………………………………………... (imię i nazwisko).

1. Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka/osoby niepełnosprawnej do 24 roku życia dotyczące możliwości uczestnictwa w turnusie odciążeniowym tj. zaświadczenie o braku przeciwskazań do udziału w turnusie odciążeniowym oraz rozpoznanie choroby.

**\*wypełnić właściwe**