



Ankieta kwalifikacyjna do programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer telefonu kontaktowego

Oświadczam, iż jestem członkiem rodziny/opiekunem sprawującym bezpośrednią opiekę nad: (*wstawić „x”*):

- dzieckiem niepełnosprawnym z orzeczeniem o niepełnosprawności,
- osobą ze znacznym stopniem niepełnosprawności oraz orzeczeniami równoważnymi

Deklaruje chęć udziału w Programie Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej pn. „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021 –w zakresie (*wstawić „x”*):

- świadczenie opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego w;**
- a) miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej,
 - b) ośrodka wsparcia ,
 - c) innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu lub jego opiekuna prawnego, które otrzyma pozytywną opinie gminy realizującej Program w wymiarze 240 godzin do 31.12.2021 r.
- świadczenie usługi opieki wytchnieniowej, w formie pobytu całodobowego:**
- a) w ośrodkach wsparcia;
 - b) w ośrodku/placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym wpisana do rejestru właściwego wojewody,
 - c) innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu lub jego opiekuna prawnego, które otrzyma pozytywną opinie gminy realizującej Program

.....
Data

.....
Podpis opiekuna