



## 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