*Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji i udziału w Programie*

*Ministra Rodziny i Polityki Społecznej*

*„Opieka wytchnieniowa” – edycja 2023*

**Karta zgłoszenia osoby, która będzie świadczyć usługę opieki wytchnieniowej**

**w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa" – edycja 2023**

**Dane Uczestnika Programu:**

Imię i nazwisko uczestnika Programu: …………………………………………..

Adres zamieszkania: ……………………………………..

**Dane osoby niepełnosprawnej:**

Imię i nazwisko: …………………………………………..

Adres zamieszkania: ……………………………………..

W związku z ubieganiem się o usługi opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieki wytchnieniowej” – edycja 2023 wskazuję niżej wymienioną osobę do świadczenia usług.

**Dane kandydata na opiekuna świadczącego usługi opieki wytchnieniowej:**

Imię i nazwisko: …………………………….……………………..

Adres zamieszkania: ……………………………………………….

Telefon:……………………………..

E-mail:……………………………….

**Oświadczam, że wskazana osoba posiada wymagane kwalifikacje do świadczenia usług,   
nie jest członkiem rodziny, opiekunem prawnym Uczestnika Programu, nie zamieszkuje razem   
z Uczestnikiem Programu.**

Miejscowość ………………………………., data ……………………………………

……………………………………………………….

(Podpis osoby niepełnosprawnej,

opiekuna prawnegolub członka rodziny/

opiekuna osoby niepełnosprawnej)

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Olecku ul. Kolejowa 31, 19-400 Olecko,

tel/fax 87 520 42 33, [mops@mops.olecko.pl](mailto:mops@mops.olecko.pl)