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 prawnego lub członka rodziny/
opiekuna osoby niepełnosprawnej)