



Program „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

*Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji i udziału
w Programie Ministra Rodziny i Polityki Społecznej
„Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu
Terytorialnego – edycja 2024*

Formularz informacyjny do Programu

„Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego– edycja 2024

1. Dane uczestnika Programu:

Imię i nazwisko uczestnika Programu:

2. Dziecko niepełnosprawne/ osoba ze znacznym stopniem niepełnosprawności ma niepełnosprawność sprzężoną/ złożoną (występują co najmniej dwa rodzaje niepełnosprawności):

a) Tak.

b) Nie.

3. Dziecko niepełnosprawne/ osoba ze znacznym stopniem niepełnosprawności wymaga wysokiego poziomu wsparcia:

a) Tak.

b) Nie.

4. Dziecko niepełnosprawne/ osoba ze znacznym stopniem niepełnosprawności stale przebywa w domu, tj. nie korzysta z ośrodka wsparcia lub placówek pobytu całodobowego, np. ośrodka szkolno-wychowawczego czy internatu:

a) Tak.

b) Nie.

Miejscowość, data

.....
(Podpis osoby opiekuna prawnego lub członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej)