*Załącznik nr 3 do Regulaminu rekrutacji i udziału*

*w Programie Ministra Rodziny i Polityki Społecznej*

*„Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu*

*Terytorialnego – edycja 2024*

**Formularz informacyjny do Programu**

**„Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego– edycja 2024**

**1**. **Czy osoba ubiegająca się o pomoc w formie usług opieki wytchnieniowej dla członka rodziny jest osobą pracującą?**

a) Tak

b) Nie

2. **Czy osoba ubiegająca się o pomoc w formie usług opieki wytchnieniowej zamieszkuje na stałe z osobą/dzieckiem niepełnosprawnym?**

a) Tak

b) Nie

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

..………………………………………………………

(Podpis osoby opiekuna prawnegolub członka

rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej)