

Karta zgłoszeniowa
do Programu osłonowego „Samodzielni,,

I. Dane osoby ubiegającej się o przyznanie usług (sprawującej opiekę nad osobą niepełnosprawną):

Imię i nazwisko:

Pesel:

Adres zamieszkania:

Telefon:

E-mail:

II. Dane dotyczące osoby niepełnosprawnej/niesamodzielnej:

Imię i nazwisko:

Pesel:

Adres zamieszkania:

III. Wnioskowany rodzaj usług:*

1. Opieka Wytchnieniowa

w wymiarze godzin miesięczne, świadczonych raz/y w tygodniu, w okresie od do

Na osobę świadcząca usługi opieki wytchnieniowej wskazuję/ nie wskazuję :

imię i nazwisko.....

adres zamieszkania.....

załącznik:

1. Orzeczenie o niepełnosprawności.

.....

Data i podpis Wnioskodawcy

*Właściwie zaznaczyć