

Miejscowość:, dnia:

ANKIETA / ZGŁOSZENIE WSTĘPNE

Zapotrzebowanie na usługi Opieki Wytchnieniowej w 2027 roku

1. DANE OPIEKUNA (Wnioskodawcy)

- Imię i nazwisko:

- Adres zamieszkania:

- Numer telefonu / E-mail:

2. DANE OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ (Podopiecznego)

- Imię i nazwisko:

- Data urodzenia / PESEL:

- Posiadane orzeczenie (zaznaczyć właściwe):

☐ Dziecko do 16 r.ż. z orzeczeniem o niepełnosprawności

☐ Osoba dorosła ze znacznym stopniem niepełnosprawności

☐ Osoba dorosła z orzeczeniem traktowanym na równi ze znacznym stopniem

3. OKREŚLENIE POTRZEB

Pobyt dzienny (Limit do 240 godzin rocznie):

Wymiar godzinowy: godzin w skali roku 2027.

4. UZASADNIENIE KONIECZNOŚCI SKORZYSTANIA Z PROGRAMU

(Krótki opis sytuacji opiekuńczej, np. konieczność podjęcia leczenia przez opiekuna, praca zawodowa, rehabilitacja, potrzeba odpoczynku):

.....

.....

.....

(Czytelny podpis opiekuna/wnioskodawcy)