



Świecie, dnia \_\_\_\_\_

Imię i Nazwisko \_\_\_\_\_

Adres zamieszkania \_\_\_\_\_

Numer telefonu \_\_\_\_\_

### WNIOSEK

o świadczenie usług w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2020

Wnioskuje o udział w Programie Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej pn. „Opieka wytchnieniowa” - edycja 2020 w formie (należy wstawić „X” we właściwej rubryce):

- a) specjalistycznego poradnictwa psychologicznego lub terapeutycznego w liczbie godzin: \_\_\_\_\_
- b) wsparcia w zakresie nauki pielęgnacji/rehabilitacji w liczbie godzin: \_\_\_\_\_
- c) wsparcia w zakresie nauki dietetyki w liczbie godzin: \_\_\_\_\_

Oświadczam, iż jestem członkiem rodziny/ opiekunem\*\* sprawującym bezpośrednią opiekę nad (należy wstawić „X” we właściwej rubryce):

- dzieckiem do 16 roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności
- osobą ze znacznym stopniem niepełnosprawności

Załączniki wymagane do wniosku:

- kopia orzeczenia o niepełnosprawności
- karta zgłoszenia do Programu „Opieka Wytchnieniowa” – edycja 2020
- karta oceny stanu dziecka/osoby niepełnosprawnej wg zmodyfikowanej skali FIM
- deklaracja uczestnictwa w programie

.....  
Podpis członka rodziny/opiekuna\*

\* max. poz. a+b+c łącznie 40 godzin

\*\*niepotrzebne skreślić