

**Karta zgłoszenia osoby, która będzie świadczyć usługę opieki wytchnieniowej
w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2022**

Dane Uczestnika Programu:

Imię i nazwisko uczestnika Programu:

Adres zamieszkania:

Dane osoby niepełnosprawnej:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

W związku z ubieganiem się o usługi opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieki wytchnieniowej” – edycja 2022 wskazuję niżej wymienioną osobę do świadczenia usług.

Dane kandydata na opiekuna świadczącego usługi opieki wytchnieniowej:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Telefon:..... E-mail:.....

**Oświadczam, że wskazana osoba posiada wymagane kwalifikacje do świadczenia usług,
nie jest członkiem rodziny, opiekunem prawnym Uczestnika Programu, nie zamieszkuje razem
z Uczestnikiem Programu.**

Miejscowość,

data

.....

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