**Ankieta kwalifikacyjna do programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2022**

………………………………………………..……………..

Imię i nazwisko

………………………………………………..……………..

Adres zamieszkania

………………………………………………..……………..

Numer telefonu kontaktowego

Oświadczam, iż jestem członkiem rodziny/opiekunem sprawującym bezpośrednią opiekę nad osobą ze znacznym stopniem niepełnosprawności/orzeczeniem traktowanym na równi   
z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności.

Deklaruje chęć udziału w Programie Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej pn. „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2022 –w zakresie świadczenie usługi opieki wytchnieniowej,   
w formie pobytu całodobowego w ośrodku/placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym wpisana do rejestru właściwego wojewody.

……………………………………………………………….. ………………………………………………………….………….

Data Podpis opiekun