**Ankieta kwalifikacyjna do programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2023**

………………………………………………..……………..

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 oraz, że zamieszkuję we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą niepełnosprawną i sprawuję całodobową opiekę nad tą osobą.

Deklaruje chęć udziału w Programie Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej pn. „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2023 –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