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 (Wymagany zakres wsparcia w 2027 roku)

Proszę wskazać planowaną formę opieki oraz szacowaną liczbę godzin/dni: .....

A. Pobyt dzienny (Limit do 240 godzin rocznie):

[ ] TAK -> Wymiar godzinowy: ..... godzin w skali roku 2027.

[ ] NIE

B. Pobyt całodobowy (Limit do 14 dni rocznie):

[ ] TAK -> Wymiar dobowy: ..... dni w skali roku 2027.

[ ] NIE

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)