Świecie, dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Imię i Nazwisko\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

**WNIOSEK**

o świadczenie usług w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” –Moduł III-edycja 2019

Wnioskuję o udział w Programie Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej pn. „Opieka wytchnieniowa” -Moduł III -edycja 2019 w formie (należy wstawić „X” we właściwej rubryce):

⎕ specjalistycznego poradnictwa psychologicznego lub terapeutycznego\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

⎕ wsparcia w zakresie nauki pielęgnacji/rehabilitacji w liczbie godzin \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

⎕ 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, łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji, konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji

⎕ osobą ze znacznym stopniem niepełnosprawności

Załączniki wymagane do wniosku:

⎕ kopia orzeczenia o niepełnosprawności

⎕ karta oceny stanu pacjenta wg zmodyfikowanej skali Barthel, wypełniona przez lekarza specjalistę

⎕ deklaracja uczestnictwa

.........................................................

Podpis członka rodziny/opiekuna\*

\*niepotrzebne skreślić