



Świecie, dnia _____

Imię i Nazwisko _____

Adres zamieszkania _____

Numer telefonu _____

WNIOSEK

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

Wnioskuje 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