

WNIOSEK OPIEKUNA FAKTYCZNEGO PROJEKT „ZAOPIEKOWANI” wsparcie w ramach tzw. „opieki wytchnieniowej”

DANE PODSTAWOWE OPIEKUNA FAKTYCZNEGO

Imię..... Nazwisko.....

ADRES ZAMIESZKANIA OPIEKUNA FAKTYCZNEGO

Ulica..... Nr domu..... Nr lokalu.....

Nazwa miejscowości..... Kod pocztowy

Miejscowość (zaznaczyć krzyżykiem) miasto wieś

Gmina..... Powiat.....

Województwo.....

DANE KONTAKTOWE OPIEKUNA FAKTYCZNEGO

Telefon domowy..... Telefon komórkowy.....

Adres poczty elektronicznej.....

Inny telefon w przypadku, gdy opiekun faktyczny nie będzie mógł odebrać

FORMY WSPARCIA

Deklaruję chęć skorzystania z usług opiekuńczych w ramach tzw. „opieki wytchnieniowej”, w formie (zaznaczyć krzyżykiem):

świadczenie opieki wytchnieniowej w miejscu zamieszkania osoby niesamodzielnej, w tym niepełnosprawnej;

- w dniu/w dniach:
- w godzinach:
- miejsce świadczenia „opieki wytchnieniowej” (adres osoby niesamodzielnej)

świadczenie opieki wytchnieniowej (w formie całodobowej) w miejscu zamieszkania osoby niesamodzielnej;

- w terminie (max dwa tygodnie w ciągłości):
- miejsce świadczenia „opieki wytchnieniowej” (adres osoby niesamodzielnej)

