

**Formularz informacyjny do Programu
„Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu terytorialnego – edycja 2024**

1. Dane uczestnika Programu:

Imię i nazwisko uczestnika Programu:

zam.....

**2. Osoba ze znacznym stopniem niepełnosprawności ma niepełnosprawność sprzężoną/
złożoną (występują co najmniej dwa rodzaje niepełnosprawności):**

- a) Tak.
- b) Nie.

3. Osoba ze znacznym stopniem niepełnosprawności wymaga wysokiego poziomu wsparcia:

- a) Tak.
- b) Nie.

**4. Osoba ze znacznym stopniem niepełnosprawności stale przebywa w domu, tj. nie
korzysta z ośrodka wsparcia lub placówek pobytu całodobowego, np. ośrodka szkolno-
wychowawczego czy internatu:**

- a) Tak.
- b) Nie.

**5. Pod wspólnym adresem z osobą niepełnosprawną i opiekunem sprawującym nad nią
bezpośrednią opiekę zamieszkuje osób pełnoletnich.**

Miejscowość, data

.....

Podpis osoby opiekuna prawnego
lub członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej