



MODUŁ - I

Wniosek osoby sprawującej bezpośrednią **opiekę nad osobą dorosłą** ze znacznym stopniem niepełnosprawności ws. przyznania **pobytu dziennego** w ramach Programu Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka Wytchnieniowa” – edycja 2019

I. DANE OPIEKUNA

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Numer kontaktowy:

II. DANE OSOBY DOROSŁEJ Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ, nad którą sprawowana jest opieka:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Data urodzenia:

**Do Dyrektora
Miejsko- Gminnego Ośrodka
Pomocy Społecznej w Sztumie**

Zwracam się z prośbą o udzielenie wsparcia w ramach Programu Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2019 w formie **pobytu dziennego** w miejscu zamieszkania¹⁾ / w ośrodku wsparcia²⁾ * w okresie od dniado dnia

Liczba godzin wsparcia:

Jednocześnie oświadczam, że nie korzystam z innych form usług, w tym usług opiekuńczych bądź specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania, ośrodku wsparcia lub domu pomocy społecznej jako zorganizowanej usługi.

.....
(data i podpis opiekuna)

Załączniki do wniosku:

- Karta oceny stanu osoby niepełnosprawnej wg zmodyfikowanej skali Barthel
- Orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności

- 1) Opieka wytchnieniowa w formie pobytu dziennego w miejscu zamieszkania będzie realizowana w dni robocze, a także soboty, niedziele i święta w godzinach od 7:00 do 22:00.
- 2) Opieka wytchnieniowa w formie pobytu dziennego w ośrodku wsparcia będzie realizowana w dni robocze od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 16:00.

* niepotrzebne skreślić