Załącznik nr 1 do Karty zgłoszenia do Programu

Ministra Rodziny i Polityki Społecznej

„Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021

……………………………………

Imię i nazwisko opiekuna

…………………………………………...

Adres zamieszkania

…………………………………………..

Numer telefonu

Niniejszym zwracam się z prośbą o przyznanie usług opieki wytchnieniowej w formie specjalistycznego poradnictwa, a także poprzez zapewnienie wsparcia w zakresie nauki pielęgnacji/ rehabilitacji/ dietetyki, we wskazanym wymiarze godzinowym:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wstaw X  w wybranej pozycji** | **Typ usługi** | **Deklarowana ilość godzin usługi:** |
|  | Poradnictwo psychologiczne |  |
|  | Poradnictwo terapeutyczne |  |
|  | Wsparcie w zakresie nauki pielęgnacji |  |
|  | Wsparcie w zakresie nauki rehabilitacji |  |
|  | Wsparcie w zakresie nauki dietetyki |  |
|  | **SUMA godzin** | **20 godzin** |

……………………………………

podpis

****

****