Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

Załącznik nr 5 do Regulaminu

…….

Imię i nazwisko opiekuna

…….

Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością

Karta informacyjna dotycząca opiekuna i OzN
Do Programu „Opieka wytchnieniowa"
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025

1) Czy osoba z niepełnosprawnością jest osobom leżącą

tak ☐ nie ☐

2) Czy osoba z niepełnosprawnością porusza się na wózku inwalidzkim

tak ☐ nie ☐

3) Czy osoba z niepełnosprawnością porusza się za pomocą balkonika

tak ☐ nie ☐

4) Czy osoba z niepełnosprawnością w codziennym funkcjonowaniu korzysta z technologii wspomagającej?

tak ☐ nie ☐

jeżeli tak, podać z jakich:

……
……

5) Czy opiekun pracuje, studiuje, uczy się……..

6) Ile osób opiekuje się osobą z niepełnosprawnością…….

Moryń, dnia ……

…….....
Podpis uczestnika Programu