



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



.....
(miejscowość i data)

„Opieka Wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025

Wskazanie

Ja niżej podpisany/a

wskazuję opiekuna, który ma realizować usługę w projekcie „Opieka Wytchnieniowa” dla Organizacji
Pozarządowych – edycja 2025 dla

.....
(imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością, adres zamieszkania).

Dane opiekuna, który ma pełnić usługi:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Telefon:

Liczba miesięcy/lat sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością, której dotyczy usługa:

Biorę pełną odpowiedzialność za wskazywaną osobę i wyrażam zgodę, by świadczyła ona usługi „Opieki
Wytchnieniowej” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025.

.....
Podpis osoby, której przyznane zostały usługi opieki wytchnieniowej
(członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością)