

.....
Imię i Nazwisko członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością

.....
Adres zamieszkania członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością

1. Czy mieszkają z Panią/Panem osoby, które mogą zapewnić czasowe zastępstwo w odciążeniu w codziennej opiece nad osobą z niepełnosprawnością? (właściwą odpowiedź zaznaczyć)
Tak Nie

2. Czy jest Pani/Pan osobą (właściwą odpowiedź zaznaczyć):
 aktywną zawodowo
 nieaktywną zawodowo
 uczącą się/ studiującą

3. Pozostałe informacje dotyczące Pani/Pana sytuacji życiowej :

.....
.....
.....

4. Pani /Pana Sytuacja zdrowotna :

.....
.....
.....

5. Czy członek rodziny/opiekun lub osoba z niepełnosprawnością nad którą sprawuje opiekę korzysta z usług asystencji osobistej, opieki wytchnieniowej z Funduszu Solidarnościowego przyznanych z innej instytucji lub z usług asystencji, opieki wytchnieniowej z innych organizacji. **Jeżeli tak, to proszę wymienić nazwę instytucji/organizacji, okres przyznania i wymiar godzin usług.**

.....
.....

Dane powyższe podałam/em zgodnie z prawdą i jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, co potwierdzam własnoręcznym podpisem

.....
data i podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością