*Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji i udziału*

*w Programie Ministra Rodziny i Polityki Społecznej*

*„Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu*

*Terytorialnego – edycja 2024*

**Formularz informacyjny do Programu**

**„Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego– edycja 2024**

1. **Dane uczestnika Programu:**

Imię i nazwisko uczestnika Programu: …………………………………………………………

1. **Dziecko niepełnosprawne/ osoba ze znacznym stopniem niepełnosprawności ma niepełnosprawność sprzężoną/ złożoną (występują co najmniej dwa rodzaje niepełnosprawności):**
2. Tak.
3. Nie.
4. **Dziecko niepełnosprawne/ osoba ze znacznym stopniem niepełnosprawności wymaga wysokiego poziomu wsparcia:**
5. Tak.
6. Nie.
7. **Dziecko niepełnosprawne/ osoba ze znacznym stopniem niepełnosprawności stale przebywa w domu, tj. nie korzysta z ośrodka wsparcia lub placówek pobytu całodobowego, np. ośrodka szkolno-wychowawczego czy internatu:**
8. Tak.
9. Nie.

Miejscowość ………………………………., data ……………………………

..………………………………………………………

(Podpis osoby opiekuna prawnegolub członka

rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej)