Załącznik nr 5 do regulaminu

**Formularz informacyjny do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu terytorialnego – edycja 2024**

1. **Dane uczestnika Programu:**

Imię i nazwisko uczestnika Programu:

 ………………………………………………………………………………..

zam……………………………………………………………………………

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.
10. **Pod wspólnym adresem z osobą niepełnosprawną i opiekunem sprawującym nad nią bezpośrednią opiekę zamieszkuje ……..osób pełnoletnich.**

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

..………………………………………………………

 Podpis uczestnika Programu