



Prudnik, dnia

.....
imię i nazwisko

.....
adres

.....
WNIOSEK

Zwracam się z prośbą o przyznanie godzin opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024.

Informuję, że jest to wystarczająca ilość godzin wsparcia dla opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad osobą niepełnosprawną .

.....
podpisu osoby opiekuna prawnego lub członka rodziny
/ opiekuna osoby niepełnosprawnej