



.....  
(imię i nazwisko)

Prudnik, data .....

.....  
(adres)

.....

## DEKLARACJA

1. W godzinach realizacji Programu „Opieki Wytchnieniowej” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024 świadczone są inne formy pomocy usługowej

a) tak      b) nie

2. Jak tak to jakie?

a) usługi opiekuńcze

b) specjalistyczne usługi opiekuńcze

c) usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego

d) inne źródła.....

Proszę podać czas wykonywania wyżej wymienionych usług w celu dostosowania grafiku usług opieki wytchnieniowej:

dzień tygodnia	od godziny	do godziny
Poniedziałek		
Wtorek		
Środa		
Czwartek		
Piątek		
Sobota		
Niedziela		

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