**Załącznik nr 1a**

do Regulaminu rekrutacji uczestnictwa w Projekcie „CUŚ

 dla powiatu bełchatowskiego”

Bełchatów, dnia ....................................

**Stowarzyszenie Rodziców i Przyjaciół Osób Niepełnosprawnych „Przystań”**

**CUŚ dla powiatu bełchatowskiego**

Wniosek o skierowanie osoby niesamodzielnej do placówki stacjonarnej świadczącej opiekę krótkookresową w ramach zadania pod nazwą:**„Miejsce krótkookresowego pobytu spełniające wymogi DDP w Bełchatowie" Dom Przystań**

Imię i nazwisko oraz adres zamieszkania opiekuna sprawującego opiekę nad osobą niesamodzielną (jeśli dotyczy)

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

 Imię i nazwisko oraz adres zamieszkania osoby niesamodzielnej.

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

Wnioskuję o przyznanie dla mnie/mojego/mojej podopiecznego/podopiecznej\*

(imię i nazwisko) …...................................................................................................................................
usługi **krótkookresowego pobytu wytchnieniowego w placówce spełniającej wymogi DDP Dom Przystań przy ul. Żeromskiego 1 97-400 Bełchatów**

w okresie od …...................................................... do ........................................................……………..

Oświadczam, że podopieczny pozostaje pod moją faktyczną opieką całodobową (jeśli dotyczy).

Jestem/Jest osobą niesamodzielną, choruje na:

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

…...............................................................................................................................................

w związku z tym wymaga stałego wsparcia i opieki osób drugich.

Swój wniosek uzasadniam tym, że …........................................................................................

…................................................................................................................................................
...................................................................................................................................................

Jednocześnie wnioskuję / nie wnioskuję\* o usługę transportową dla mnie/osoby niesamodzielnej w związku z realizacją wyżej wymienionego zadania.

 Wyrażam zgodę:

.............................................................. . …………................................................................ (podpis osoby niesamodzielnej) (podpis opiekuna faktycznego osoby niesamodzielnej )

 (jeśli dotyczy)

\* niepotrzebne skreślić