



.....
Imię i nazwisko opiekuna

.....
Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością

**Karta informacyjna dotycząca opiekuna i osoby z niepełnosprawnością
do Programu „Opieka wytchnieniowa”
dla Organizacji Pozarządowych - edycja 2025**

1) Czy osoba z niepełnosprawnością jest osobą leżącą

tak nie

2) Czy osoba z niepełnosprawnością porusza się na wózku inwalidzkim

tak nie

3) Czy osoba z niepełnosprawnością porusza się za pomocą balkonika

tak nie

4) Czy osoba z niepełnosprawnością w codziennym funkcjonowaniu korzysta z technologii wspomagającej?

tak nie

jeżeli tak, podać z jakich:

.....
.....

5) Czy opiekun pracuje, studiuje, uczy się.....

6) Ile osób opiekuje się osobą z niepełnosprawnością.....

Szczecin, dnia

.....
Podpis uczestnika Programu

