

WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW OPIEKI NAD OSOBĄ NIESAMODZIELNĄ

W związku z udziałem w projekcie pn.: „Popularyzacja badań kolonoskopowych i podniesienie świadomości w zakresie profilaktyki raka jelita grubego wśród mieszkańców powiatu nowotarskiego i tatrzańskiego przez Podhalański Szpital Specjalistyczny w Nowym Targu – etap II” w ramach **Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020**

Zwracam się z prośbą o zapewnienie opieki nad osobą niesamodzielną,
której jestem opiekunem.

Imię i nazwisko opiekuna: _____

Data urodzenia opiekuna (dzień - miesiąc - rok) - -

PESEL opiekuna

Wniosuję o zapewnienie opieki na _____ godzin

Miejscowość i data

Czytelny podpis

** osoba niesamodzielną to osoba, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego. Za osobę niesamodzielną uznaje się również dzieci, nad którymi opiekę sprawują uczestnik projektu.*