

.....
(Imię i nazwisko uczestnika programu tj. członka rodziny lub opiekuna)

**AKCEPTACJA OSOBY ASYSTENTA OSOBISTEGO DLA DZIECKA PONIŻEJ 16 ROKU
ŻYCIA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ**

W związku z ubieganiem się o korzystanie z usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych - edycja 2024, realizowanego przez Caritas Archidiecezji Katowickiej ja niżej podpisany/a akceptuję

Pana/Panią:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Telefon:

E-mail:

jako osobę, która ma świadczyć usługę opieki wytchnieniowej dla mojego dziecka posiadającego orzeczenie o niepełnosprawności:

Imię i nazwisko dziecka

.....
(podpis członka rodziny lub opiekuna sprawującego opiekę nad osobą niepełnosprawną)