



Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej

Kołobrzeg, dnia.....

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

DEKLARACJA

1. W godzinach realizacji usługi Opieki Wytchnieniowej świadczone są inne formy pomocy usługowej :

a) tak b) nie

2. Jeżeli 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 opieki wytchnieniowej

| Dzień tygodnia | Od godziny | Do godziny |
|-----------------------|-------------------|-------------------|
| Poniedziałek | | |
| Wtorek | | |
| Środa | | |
| Czwartek | | |
| Piątek | | |
| Sobota | | |
| Niedziela | | |

.....
(Podpis Klienta)