OPINIA

MIEJSCA REALIZACJI USŁUGI OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ WSKAZANA PRZEZ OPIEKUNA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ.

1. Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej ……………………………………………………………………………..
2. Adres miejsca pobytu …………………………………………………………………………………………………………..

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

**( prawidłowy wybór zaznaczamy znakiem X)**

1. Zabudowa - wielorodzinna , jednorodzinna [[1]](#footnote-1)
2. Budynek wielokondygnacyjny z windą ,budynek wielokondygnacyjny bez windy ,budynek parterowy
3. Łazienka dostępna dla osób z uszkodzonym narządem ruchu - tak , nie
4. Indywidualny pokój dla osoby niepełnosprawnej z miejscem do spania - tak ,nie
5. Łatwość poruszania się wózka inwalidzkiego w mieszkaniu (zaznaczyć wyłącznie w przypadku osób niepełnosprawnych poruszających się na wózku inwalidzkim) - tak , nie
6. Osoba niepełnosprawna z uszkodzonym narządem ruchu - tak , nie
7. Osoba - dorosła , dziecko

Proponowane miejsce pobytu otrzymało opinię ………………………………………….[[2]](#footnote-2)

na potrzeby realizacji usługi opieki wytchnieniowej w miejscu wskazanym przez opiekuna.

Gorzów Wielkopolski ………………………………….

Podpis koordynatora zadania ………………………………………………………………………….

Podpis przedstawiciela realizatora Programu ………………………………………………………

1. Prawidłowy wybór należy zaznaczyć X [↑](#footnote-ref-1)
2. Wpisać pozytywną bądź negatywną [↑](#footnote-ref-2)