



**Centrum
Usług Społecznych
w Łomży**



**Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej**

Karta zgłoszeniowa

**do Programu: „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego –
edycja 2026**

Imię:

Nazwisko:

Adres:

Telefon:

Stopień niepełnosprawności osoby pozostającej pod opieką

.....

Na opiekuna osoby z niepełnosprawnością proponuję Pana / Panią

.....

Data i podpis opiekuna osoby z niepełnosprawnością