**Zgłoszenie**

**do Dziennego Domu Pomocy w Okalu (Gmina Kazimierz Dolny)**

1. **Dane osoby ubiegającej się o przyznanie opieki w Dziennym Domu Pomocy w Okalu:**

Imię i nazwisko: ………………………………………………….……

Data urodzenia: …………………………………………….…………

Adres zamieszkania: …..…………………………….……………..

Telefon: …………………………………………………………………..

Rodzaj niepełnosprawności:

 dysfunkcja narządu ruchu

 dysfunkcja narządu wzroku

 zaburzenia psychiczne

 dysfunkcje o podłożu neurologicznym

 dysfunkcja narządu mowy i słuchu

 pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne

 brak

1. **Korzystanie z posiłków w DDP w Okalu (odpłatnie): TAK / NIE**
2. **Dane osoby do kontaktu z Dziennym Domem Pomocy w Okalu:**

Imię i nazwisko: .………………………………………………………

Nr telefonu: …………………………………………………………….

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

Miejscowość i data Podpis osoby uprawnionej