



**Formularz zgłoszeniowy do udziału
w projekcie „Urlop od opieki. Model turystyki wytchnieniowej”
w ramach przedsięwzięcia grantowego pn. „Weź odpocznij!”**

ID grupy MTW (wypełnia Organizator):

MTW-2026-_____

I. Dane osobowe:

Formularz dotyczy:

- ☐ osoby z niepełnosprawnością
☐ opiekuna osoby z niepełnosprawnością

Imię i nazwisko:	
PESEL	
Adres zamieszkania:	
Miejscowość	
Ulica	
Nr budynku	
Nr lokalu	
Kod pocztowy	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	

II. Preferowana forma udziału

Proszę zaznaczyć preferowany rodzaj udziału:

- ☐ wyjazd jednodniowy (bez noclegu)
☐ wyjazd 2–6 dni
☐ wyjazd 7 dni i dłuższy
☐ jestem zainteresowany/a każdym dostępnym wariantem

Dodatkowe informacje:

(np. ograniczenia czasowe, zdrowotne, organizacyjne)

.....





III. Potrzeby organizacyjne

Czy potrzebny jest transport?

- ☐ TAK
☐ NIE

Dieta:

- ☐ standardowa
☐ bezglutenowa
☐ bezlaktozowa
☐ cukrzycowa
☐ wegetariańska
☐ wegańska
☐ inna:

.....

Inne potrzeby związane z organizacją udziału:

.....

IV. Informacje dotyczące sprawowania opieki (wypełnia opiekun lub członek rodziny, jeżeli dotyczy)

Czy sprawuje Pan/Pani bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością?

- ☐ TAK
☐ NIE

V. Informacja o osobie z niepełnosprawnością (wypełnia opiekun lub członek rodziny, jeżeli dotyczy)

Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością:	
Data urodzenia:	

Kim jest dla Pana/Pani osoba, nad którą sprawuje Pan/Pani opiekę?

- ☐ małżonek/małżonka
☐ rodzic
☐ dziecko
☐ rodzeństwo
☐ inny członek rodziny
☐ osoba niespokrewniona (np. sąsiad, znajomy)
☐ inna osoba (jaka?):

Jak ocenia Pan/Pani poziom obciążenia związany ze sprawowaniem opieki

- ☐ niski (opieka okazjonalna, częściowa pomoc)
☐ średni (codzienna pomoc w wybranych czynnościach)





Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



☐ wysoki (stała lub całodobowa opieka)

VI. Kryteria premiujące

(wypełnia opiekun lub członek rodziny, jeżeli dotyczy)

Czy jako osoba sprawująca opiekę doświadcza Pan/Pani problemów zdrowotnych?

☐ TAK

☐ NIE

Jeżeli TAK, proszę opisać:

.....

Czy Pana/Pani sytuacja finansowa lub sytuacja finansowa Pana/Pani gospodarstwa domowego wymaga dodatkowego wsparcia??

☐ TAK

☐ NIE

Uwagi:

.....

VII. Oświadczenie

Oświadczam, że:

☐ podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym,

☐ informacje przekazane w formularzu są aktualne,

☐ udział w Modelu Turystyki Wytchnieniowej jest dobrowolny,

☐ zapoznałem/am się z zasadami uczestnictwa w Projekcie.

Miejscowość i data:

.....

Podpis:

.....



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych



TURYSTYKA
wytchnieniowa



"Pomocna Dłoń"
Spółdzielnia Socjalna