

Nazwisko
Pierwsze imię
PESEL*
Nr dowodu osobistego
Adres zamieszkania i nr telefonu
.....

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej
w Puławach
ul. Leśna 17, 24 – 100 Puławy

WNIOSEK

o udzielenie świadczenia z pomocy społecznej w formie usługi wsparcia krótkoterminowego realizowanego

w formie pobytu całodobowego*

w formie pobytu dziennego*

* zaznaczyć właściwe

1. Wnioskowany okres udzielenie wsparcia:

Wnioskuje o przyznanie wsparcia krótkoterminowego w okresie:

od dniado dnia.....

od dniado dnia.....

od dniado dnia.....

2. Oświadczenie dotyczące sytuacji osobistej, rodzinnej i zdrowotnej

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Oświadczenie dotyczące sytuacji dochodowej (składniki dochodu i kwoty)

.....
.....
.....
.....

** zaznaczyć właściwe*

6. Wnioskuje o zwolnienie częściowe z odpłatności za usługę wsparcia krótkoterminowego z uwagi na:

- ponoszenie udokumentowanych znacznych wydatków z powodu nagłej lub długotrwałej choroby lub niepełnosprawności, między innymi na leki i leczenie, zakup środków sanitarno-opatrunkowych, pieluchomajtek, artykułów medycznych jednorazowego użytku, konieczność rehabilitacji lub stosowania diety wg zaleceń lekarskich;
- korzystanie z usług opiekuńczych, w tym z usług sąsiedzkich lub specjalistycznych usług opiekuńczych przez więcej niż jedną osobę w rodzinie, w tym co najmniej jedną przewlekle chorą.

7. Wnioskuje o zwolnienie całkowite z odpłatności za usługę wsparcia krótkoterminowego z uwagi na:

- ponoszenie odpłaty za pobyt członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowych w domu pomocy społecznej, ośrodka wsparcia lub wszelkiego typu placówkach opiekuńczo-wychowawczych, leczniczo-rehabilitacyjnych lub pielęgnacyjno-opiekuńczych;
- ponoszenie udokumentowane wydatki z uwagi na zdarzenie losowe lub klęskę żywiołową;
- żądanie zwrotu wydatków niweczyłoby skutki udzielanej pomocy.

.....
data wypełnienia oświadczenia

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

Załączniki:

1. *zaświadczenie lekarskie dotyczące aktualnego stanu zdrowia i konieczności zapewnienia opieki.*
2. *kserokopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.*

O Ś W I A D C Z E N I E

Klauzulę składa osoba ubiegająca się o usługi wsparcia krótkoterminowego na podstawie art. 55b ust. 6 ustawy o pomocy społecznej, zastępujące pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, o następującej treści:

„Oświadczam, że jestem świadoma/ świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.”

.....
czytelny podpis wnioskodawcy