

**WNIOSEK O PRYZNANIE USŁUGI SPOŁECZNEJ W RAMACH PROGRAMU USŁUG  
SPOŁECZNYCH**

**CZĘŚĆ I**

Dane osoby składającej wniosek (jeżeli są inne niż osoby która będzie korzystać z usług społecznych, np. dane rodzica, dane opiekuna prawnego, dane opiekuna faktycznego)

<b>1. Nazwisko i imię</b>										
<b>2. Płeć</b>										
<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna										
<b>3. Adres zamieszkania</b>										
Ulica, nr domu/ nr lokalu										
Miejscowość, kod pocztowy										
<b>4. Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż adres zamieszkania)</b>										
<b>5. Telefon kontaktowy</b>										
<b>6. Adres e-mail</b>										
<b>7. PESEL</b>										

Dane odbiorcy usług społecznych (osoby korzystającej z usług społecznych)<sup>1</sup>

<b>1. Nazwisko i Imię</b>										
<b>2. Płeć</b>										
<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna										
<b>3. Adres zamieszkania</b>										
Ulica, nr domu/ nr lokalu										
Miejscowość, kod pocztowy										
<b>4. Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż adres zamieszkania)</b>										
<b>6. Telefon kontaktowy</b>										
<b>7. Adres e-mail</b>										
<b>8. PESEL</b>										

<sup>1</sup> Jeżeli usługa świadczona będzie dla osoby niepełnoletniej lub ubezwłasnowolnionej jej dane należy wpisać w rubryce dane odbiorcy. Dane opiekuna ustawowego, opiekuna prawnego, kuratora należy wpisać w rubryce dane wnioskodawcy.

**CZĘŚĆ II**

<b>Pakiet RODZINA+</b>		
<b>Nazwa usługi</b>	<b>Zakres usługi</b>	<b>Zaznaczyć właściwe znakiem X</b>
<b>Warsztaty/szkolenia</b>	Warsztaty/szkolenia/zajęcia podnoszące kompetencje rodzicielskie i wychowawcze	
<b>Mediacje dla rodziny</b>	Partnerskie	
	Rodzinne	
	Międzypokoleniowe	
	Sąsiedzkie	
<b>Wsparcie indywidualne dla dzieci i młodzieży</b>	Terapia logopedyczna	
<b>Uwagi (np. szczególne potrzeby):</b>		

**Pakiet POMOC+**

Nazwa usługi	Zakres usługi	Zaznaczyć właściwe znakiem X
<b>Wypożyczalnia sprzętu rehabilitacyjnego</b>	1) wózek inwalidzki ręczny	
	2) wózek inwalidzki specjalny	
	3) wózek inwalidzki toaletowy	
	4) łóżko rehabilitacyjne elektryczne	
	5) materac przeciwoleżynowy	
	6) podnośnik wannowy	
	7) balkonik dwukołowy/ balkonik czteroślupowy	
	8) krzesło toaletowe	
	9) trójnóg /czwórnóg	
	10) kule łokciowe (para) <u>bez dowozu</u>	
	11) kule pachowe (para) <u>bez dowozu</u>	
	12) rotor	
	<b>Opiekun szyty na miarę</b>	szkolenie z zakresu pielęgnacji i opieki nad osobą niesamodzielną/niepełnosprawną oraz wsparcie informacyjne dla opiekunów faktycznych
<b>Pomocna Taksówka</b>	1) kompleksowy przewóz odbiorcy (dojazd-powrót, asysta, postój/oczekiwanie maksymalnie do 1h) do 5 km w jedną stronę, maksymalnie do 10 km w dwie strony	
	2) kompleksowy przewóz odbiorcy (dojazd-powrót, asysta, postój/oczekiwanie maksymalnie do 1h) powyżej 5 km do 10 km w jedną stronę, maksymalnie do 20 km w dwie strony	
	3) kompleksowy przewóz odbiorcy (dojazd-powrót, asysta, postój/oczekiwanie maksymalnie do 1h) powyżej 10 km do 20 km w jedną stronę, maksymalnie do 40 km w dwie strony	
	PROPONOWANY TERMIN PRZEJAZDU* .....  <i>*Złożenie wniosku powinno nastąpić min. 7 dni roboczych przed planowaną datą realizacji usługi przejazdu</i>	
<b>Uwagi (np. szczególne potrzeby):</b>		

Nazwa usługi	Zakres usługi	Zaznaczyć właściwe znakiem X	Liczba sztuk
<b>ZŁOTA RĄCZKA</b>	1) regulacja drzwi		
	2) uszczelnianie drzwi		
	3) naprawa lampy		
	4) montaż lampy		
	5) wymiana żarówki w lampie		
	6) montaż/wymiana spłuczki, (nie obejmuje spłuczki podtynkowej)		
	7) montaż/wymiana deski klozetowej		
	8) naprawa, nasmarowanie, wymiana, wyregulowanie zawiasu		
	9) naprawa, nasmarowanie, wymiana, wyregulowanie zamka		
	10) naprawa, nasmarowanie, wymiana, wyregulowanie klamki		
	11) naprawa, nasmarowanie, wymiana, wyregulowanie gałki		
	12) naprawa, nasmarowanie, wymiana, wyregulowanie uchwyty w drzwiach/szafach		
	13) montaż lustra/obrazu		
	14) montaż uchwyty/wieszaka		
	15) montaż półki		
	16) montaż karnisza		
	17) wymiana uszczelki, np. w kranie, słuchawce, węży prysznicowym, baterii łazienkowej, muszli klozetowej (1szt.)		
	18) wymiana słuchawki prysznicowej		
	19) wymiana baterii kuchennej		
	20) wymiana baterii łazienkowej		
	21) drobna naprawa mebla (sklejenie, skręcenie) – nie dotyczy mebli nowozakupionych		
	22) podłączenie pralki/zmywarki (nie naprawa)		
	23) udrażnianie zatkanej rury		
	24) wymiana syfonu		
	25) uszczelnienie silikonem przecieku: np. przy wannie, brodziku, umywalce		
<b>Uwagi (np. szczególne potrzeby):</b>			

Nazwa usługi	Zakres usługi	Zaznaczyć właściwe znakiem X	Liczba sztuk
<b>Mobilne usługi pielęgnacyjne – pielęgnacja paznokci</b>	1) skrócenie i oszlifowanie płytki paznokci u rąk		
	2) skrócenie i oszlifowanie płytki paznokci u stóp		
	3) skrócenie i oszlifowanie płytki paznokci u rąk i stóp		
<b>Mobilne usługi pielęgnacyjne – mobilny fryzjer</b>	1) strzyżenie damskie/męskie		
	2) strzyżenie damskie/męskie z modelowaniem		
	3) modelowanie damskie/męskie		
<b>Usługi porządkowe – mycie okien</b>	1) mycie okna jednoskrzydłowego z obu stron, ram, parapetów		
	2) mycie okna dwuskrzydłowego z obu stron, ram, parapetów		
	3) mycie drzwi balkonowych pojedynczych z obu stron, ram, parapetów		
	4) mycie drzwi balkonowych podwójnych z obu stron, ram, parapetów		
<b>Usługi porządkowe – usługa pralnicza (z odbiorem i dowozem)</b>	1) pranie kompletu bielizny pościelowej: 1 poszwa na kołdrę, 2 poszewki na poduszkę, 1 prześcieradło (komplet)		
	2) pranie ręczników małych (sztuki)		
	3) pranie ręczników średnich (sztuki)		
	4) pranie ręczników dużych (sztuki)		
	5) pranie dużego koca (sztuki)		
	6) pranie firan (komplet – 2 szt.)		
	7) pranie zasłon (komplet - 2 szt.)		
	8) pranie narzuty (sztuki)		
	9) pranie poduszki syntetycznej (komplet – 2 szt.)		
	10) pranie poduszki puchowej (komplet - 2 szt.)		
	11) pranie kołdry puchowej (sztuki)		
	12) pranie kołdry syntetycznej (sztuki)		
<b>Usługi porządkowe – porządkowanie nagrobków</b>  (maksymalnie 5 nagrobków)	Lokalizacja nagrobka: kwaterya ..... rząd..... nr grobu..... Nazwisko i imię osoby pochowanej oraz data śmierci: .....		

### CZĘŚĆ III

#### Dane dotyczące statusu odbiorcy usługi:

Dziecko z orzeczeniem o niepełnosprawności zawierającym wskazanie o konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku z ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Opiekun osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności ze wskazaniem o konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku z ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba niesamodzielna	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba sprawująca opiekę faktyczną nad osobą niesamodzielną/niepełnosprawną	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Stopień niepełnosprawności: <input type="checkbox"/> orzeczenie o niepełnosprawności (do 16 r.ż.) <input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka <input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka <input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka	
<input type="checkbox"/> Całkowita niezdolność do pracy i niezdolność do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> Całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> Częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> Nie dotyczy	
Osoba samotna	
Osoba prowadząca gospodarstwo domowe z drugą osobą powyżej 65 roku życia	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba prowadząca gospodarstwo domowe z drugą osobą powyżej 75 roku życia	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba korzystająca ze świadczeń w formie usług opiekuńczych	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba korzystająca ze wsparcia asystenta rodziny	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba przebywająca w pieczy zastępczej lub będąca usamodzielnianym wychowankiem pieczy zastępczej	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba posiadająca status: <input type="checkbox"/> kombatanta lub osoby posiadającej uprawnienia równorzędne z działalnością kombatanką <input type="checkbox"/> członka Korpusu Weteranów Walk o Niepodległość RP, <input type="checkbox"/> ofiary represji wojennych i okresu powojennego, <input type="checkbox"/> osoby osadzonej w obozach pracy lub deportowanej do pracy przymusowej, <input type="checkbox"/> działacza opozycji antykomunistycznej, <input type="checkbox"/> osoby represjonowanej z powodów politycznych;	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

Oświadczam, że przedstawione przeze mnie dane są prawdziwe i odpowiadają stanowi faktycznemu na dzień podpisania niniejszej deklaracji. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....  
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....  
CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY