Miejscowość………………., dnia…………….

**WNIOSEK**

w sprawie pomocy w formie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi

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

Data i miejsce urodzenia ……………………………………………………………………………...

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

Nr PESEL ……………………………………………………………………………………………..

Nr telefonu……………………………………………………………………………………………..  
  
Na podstawie Rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz.U. z 2024 r., poz. 816 ze zm.)

**UZASADNIENIE WNIOSKU**

(wypełnia osoba ubiegająca się o przyznanie pomocy)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

Wyrażam zgodę na ponoszenie kosztu odpłatności za wykonane usługi zgodnie z cennikiem wynikającym z Rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz.U. z 2005 r., Nr 189, poz. 1598 ze zm.) oraz Zarządzeniem Dyrektora Centrum Usług Społecznych w Pleszewie w sprawie ustalenia ceny za 1 godzinę specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

……………………………………….

***data, czytelny podpis osoby***

Załączniki:

1. Decyzja waloryzacyjna z bieżącego roku

2. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (jeśli zostało wydane)

3. Zaświadczenie lekarskie