WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY

Data wpływu: …… Nr sprawy: ……

Dane seniora	**Wypełnia wnioskodawca**
Imię i nazwisko	……
PESEL, a w przypadku braku – seria i numer dokumentu tożsamości	……
Data urodzenia / wiek	……
Obywatelstwo	……
Adres zamieszkania i miejsce świadczenia usług	……
Telefon /e-mail (jeżeli posiada)	……
Przedstawiciel ustawowy / pełnomocnik – dane i podstawa umocowania	……

A. Niezaspokojone potrzeby (zaznaczyć TAK/NIE i opisać konkretne czynności)

Kategoria	**Tak/Nie**	**Konkretne potrzeby / czynności**
Pomoc w codziennych czynnościach: ubieranie, posiłki, poruszanie się, porządek	☐ tak ☐ nie	……
Opieka higieniczno-pielęgnacyjna	☐ tak ☐ nie	……
Wsparcie w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych	☐ tak ☐ nie	……
Kontakty z otoczeniem, aktywizacja intelektualna lub ruchowa	☐ tak ☐ nie	……
Inne potrzeby	☐ tak ☐ nie	……

B. Dochód – wszystkie źródła i kwoty osiągnięte w trzech ostatnich pełnych miesiącach poprzedzających wniosek

Źródło dochodu	Miesiąc 1	Miesiąc 2	Miesiąc 3	Dokument
……	……	……	……	……
……	……	……	……	……
……	……	……	……	……

C. Pytania dotyczące przesłanek z art. 27 ustawy – zaznaczyć TAK/NIE

Pytanie	ZaznaczyćTak/Nie	Uwagi / dokument
Czy na seniora ustalono prawo do specjalnego zasiłku opiekuńczego, świadczenia pielęgnacyjnego lub zasiłku dla opiekuna?	☐ tak ☐ nie	……
Czy senior korzysta ze świadczenia wspierającego?	☐ tak ☐ nie	……
Czy senior korzysta ze specjalistycznych usług opiekuńczych w ośrodkach wsparcia?	☐ tak ☐ nie	……
Czy senior korzysta z usług opiekuńczych lub asystencji osobistej dofinansowanych z programów rządowych/resortowych?	☐ tak ☐ nie	……
Czy senior korzysta z całodobowej opieki w DPS?	☐ tak ☐ nie	……
Czy senior korzysta z całodobowej opieki w ZOL lub ZPO?	☐ tak ☐ nie	……
Czy senior korzysta z placówki zapewniające całodobową opiekę, o której mowa w art. 67–69 ustawy o pomocy społecznej?	☐ tak ☐ nie	……
Czy senior korzysta z całodobowej opieki świadczonej przez inny podmiot?	☐ tak ☐ nie	……
Czy senior korzysta z instytucjonalnej opieki dziennej?	☐ tak ☐ nie	……
Czy wskazane usługi/opieka, jeżeli występują, mają charakter doraźny i jednorazowo trwają nie dłużej niż 14 dni?	☐ tak ☐ nie	……

D. Informacje dodatkowe niezbędne do kwalifikacji:

……

Załączone dokumenty:

☐ dokumenty dochodowe

☐ dokument tożsamości/obywatelstwo, jeśli wymagane

☐ pełnomocnictwo/umocowanie

☐ inne: ……

Oświadczam, że podane dane są prawdziwe i zobowiązuję się niezwłocznie poinformować Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Stryszowie o zmianach mających wpływ na udział w Programie.

……..……

data i podpis seniora/przedstawiciela ustawowego/pełnomocnika