

Centrum Usług Społecznych dla powiatu bełchatowskiego
PROJEKT WSPÓŁFINANSOWANY ZE ŚRODKÓW EUROPEJSKIEGO FUNDUSZU SPOŁECZNEGO
W RAMACH REGIONALNEGO PROGRAMU OPERACYJNEGO WOJEWÓDZTWA ŁÓDZKIEGO NA LATA 2014-2020

Załącznik nr 1a
do Regulaminu uczestnictwa
i rekrutacji w Projekcie „Centrum Usług
Społecznych w powiecie bełchatowskim”

Bełchatów, dnia

**Stowarzyszenie Rodziców i Przyjaciół Osób Niepełnosprawnych „Przystań”
Centrum Usług Społecznych w Powiecie Bełchatowskim**

Wniosek o skierowanie osoby niesamodzielnej do placówki stacjonarnej świadczącej opiekę krótkookresową w ramach zadania pod nazwą:

„Miejsce krótkookresowego pobytu spełniające wymogi DDP w Bełchatowie”

Imię i nazwisko oraz adres zamieszkania opiekuna sprawującego opiekę nad osobą niesamodzielną (jeśli dotyczy)

.....
Imię i nazwisko oraz adres zamieszkania osoby niesamodzielnej.

.....
Wnioskuje o przyznanie dla mnie/mojego/mojej podopiecznego/podopiecznej*

(imię i nazwisko)
usługi **krótkookresowego pobytu wytchnieniowego w placówce spełniającej wymogi DDP Dom Przystań przy ul. Żeromskiego 1 97-400 Bełchatów**

w okresie od do

Oświadczam, że podopieczny pozostaje pod moją faktyczną opieką całodobową (jeśli dotyczy).

Jestem/Jest osobą niesamodzielną, choruje na:

.....
.....

w związku z tym wymaga stałego wsparcia i opieki osób drugih.

Swój wniosek uzasadniam tym, że

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

Jednocześnie wnioskuje / nie wnioskuje* o usługę transportową dla mnie/osoby niesamodzielnej w związku z realizacją wyżej wymienionego zadania.

Wyrażam zgodę:

.....
(podpis osoby niesamodzielnej)
niesamodzielnej)

.....
(podpis opiekuna faktycznego osoby
(jeśli dotyczy)

* niepotrzebne skreślić



Realizator projektu:

Stowarzyszenie Rodziców i Przyjaciół Osób Niepełnosprawnych PRYZYSTAŃ
ul. Żeromskiego 1, 97-400 Bełchatów tel. 516045260,
e-mail: biuro@przystań.belchatow.pl