



WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY W FORMIE POBYTU W MIESZKANIU WSPOMAGANYM

„Kompleksowy program wsparcia osób niesamodzielnych i niepełnosprawnych w Złotowie”

Nr RPWP.07.02.02-30-0094/17 w ramach Wielkopolski Regionalny Program Operacyjny 2014-2020.

Oś Priorytetowa 7 Włączenie społeczne

Działanie 7.2.2 Usługi społeczne i zdrowotne – projekty konkursowe

Część I (Wypełnia Uczestnik projektu / Opiekun prawny)

Imię i nazwisko uczestnika:.....

Data:.....

1. Wniosuję o pobyt w mieszkaniu wspomaganym na okres (proszę zaznaczyć właściwe):

- Krótkotrwały (poniżej 1 miesiąca)
- Okresowy (od 1 do 3 miesięcy)
- Stały (do momentu zakończenia udziału w projekcie)

2. Ubiegam się o miejsce w mieszkaniu z powodu (proszę zaznaczyć właściwe – wybór wielokrotny):

- Jestem osobą samotną lub pozbawioną wsparcia rodziny (osoby o ograniczonej samodzielności i nie posiadające wsparcia ze strony rodziny i najbliższych osób)
- Nie wymagam opieki całodobowej (*należy dołączyć odpowiednio zaświadczenie lekarskie*)

.....
(czytelny podpis Uczestnika lub Opiekuna prawnego)

Część II (Wypełnia Opiekun Mieszkania)

1. Czy Uczestnik wnoszący o miejsce w mieszkaniu wspomaganym dostarczył wymagane zaświadczenie lekarskie informujące o braku potrzeby opieki całodobowej (*należy zaznaczyć właściwe*):

TAK NIE

2. Należy uzupełnić jakie wsparcie w projekcie otrzymuje Uczestnik ubiegający się o miejsce w mieszkaniu wspomaganym.



Rodzaj i zakres świadczonego wsparcia	TAK/NIE (niepotrzebne skreślić)	Średnia liczba godzin/ miesiąc (proszę wskazać)
Usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania	TAK / NIE	
Specjalistyczne usługi pielęgniarskie świadczone w miejscu zamieszkania	TAK / NIE	
Specjalistyczne usługi rehabilitacyjne świadczone w miejscu zamieszkania	TAK / NIE	
Specjalistyczne usługi psychologiczne świadczone w miejscu zamieszkania	TAK / NIE	
Usługi asystenckie świadczone w miejscu zamieszkania	TAK / NIE	

3. Jeśli Uczestnik projektu jest osobą z niepełnosprawnościami sprzężonymi i/lub z niepełnosprawnością intelektualną i/lub z zaburzeniami psychicznymi warunkiem jego kwalifikacji do zamieszkania w mieszkaniu wspomaganym jest dostarczenie wymaganych dokumentów.

Nie dotyczy Uczestnika Dotyczy Uczestnika - Należy uzupełnić poniższą tabelę:

Rodzaj wymaganych dokumentów w poszczególnych przypadkach	Dostarczenie wymaganych dokumentów: (niepotrzebne skreślić)	
W przypadku os. chorych psychicznie lub niesprawnych intelektualnie - zaświadczenie lekarskie od lekarza prowadzącego	TAK / NIE	
W przypadku os. z niepełnosprawnościami skojarzonymi i chorobami współistniejącymi - zaświadczenie od lekarza specjalisty oraz opinia psychologa o os. przyjmowanej.	TAK / NIE	zaświadczenie
	TAK / NIE	opinia

Uwagi:

.....

DECYZJA

Na podstawie zebranych informacji przyznaję Uczestnikowi zakwaterowanie w mieszkaniu

wspomaganym.....
 (adres mieszkania wspomaganego)

na okres:.....

.....
 Miejscowość, data

.....
 Podpis