

Centrum Usług Społecznych w Zbuczynie
ul. Jana Pawła II 1, 08-106 Zbuczyn
tel. 25 6416321, e-mail: cus@cuszbuczyn.pl

WNIOSEK O OBJĘCIE USŁUGAMI SPOŁECZNYMI

Imię/Imiona:	
Nazwisko:	
Adres zamieszkania:	
Numer kontaktowy: (możliwość podania numeru kontaktowego do opiekuna bądź osoby z rodziny)	
Data urodzenia:	

Ja niżej podpisana/y zgłaszam potrzebę i chęć skorzystania z usług społecznych współfinansowanych w ramach projektu grantowego „Premia społeczna” oraz środków Gminy Zbuczyn.

- 1. USŁUGA SPOŁECZNA NR 1**
Usługi pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej (Punkt pielęgniarstwa opieki długoterminowej).
- 2. USŁUGA SPOŁECZNA NR 2**
Specjalistyczne usługi opiekuńcze (Punkt rehabilitacyjny).
- 3. USŁUGA SPOŁECZNA NR 3**
Poradnictwo specjalistyczne, świadczone osobom i rodzinom, które mają trudności lub wykazują potrzebę wsparcia w rozwiązywaniu problemów życiowych (Punkt konsultacyjno – interwencyjny).
 - Usługa psychologiczna
 - Usługa prawna
 - Usługa terapeuty uzależnień i współuzależnień
 - Usługa poradnictwa rodzinnego/pedagogicznego
 - Usługa mediacji rodzinnych

Zadanie współfinansowane w ramach projektu grantowego Premia społeczna oraz środków Gminy Zbuczyn

Realizatorzy:

4. **USŁUGA SPOŁECZNA NR 4**
Usługi wspierania rodziny zgodnie z ustawą z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (grupa wsparcia).
5. **USŁUGA SPOŁECZNA NR 5**
Usługi dla dzieci i młodzieży w formach dziennych i środowiskowych (Młodzież w akcji!).

Zgłaszam udział mojego dziecka:			
Lp.	Imię i nazwisko	Adres zamieszkania	Data urodzenia
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Oświadczam, że:

- Mieszkam na terenie Gminy Zbuczyn pod adresem wskazanym w niniejszym wniosku **TAK/NIE***.
- Dzieci zgłoszone do usługi nr 5 zamieszkują na terenie Gminy Zbuczyn **TAK/NIE***.
- Jestem osobą zamieszkującą samotnie **TAK/NIE***.
- Pozostaję w miejscu zamieszkania (nie wychodzę z domu) **TAK/NIE***.
- Jestem osobą o ograniczonych wyjściach z miejsca zamieszkania **TAK/NIE***.
- Posiadam orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności **TAK/NIE*** (należy dołączyć odpowiednie orzeczenie).
- Posiadam orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności **TAK/NIE*** (należy dołączyć odpowiednie orzeczenie).
- Jestem osobą długotrwale lub przewlekle chorą **TAK/NIE*** (należy dołączyć odpowiedni dokument potwierdzający stan zdrowia)
- Korzystam ze wsparcia z ośrodka wsparcia, placówek pobytu całodobowego, środowiskowego domu samopomocy, dziennego domu pomocy, warsztatu terapii zajęciowej itp. **TAK/NIE***.
- Korzystam ze wsparcia w formie specjalistycznych usług opiekuńczych, usług opiekuńczych, usług sąsiedzkich, opieki wytchnieniowej, asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnościami **TAK/NIE***.

Zadanie współfinansowane w ramach projektu grantowego Premia społeczna oraz środków Gminy Zbuczyn

Oświadczam, że:

1. Dane zawarte we wniosku są prawdziwe i aktualne oraz jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych oświadczeń oraz zobowiązuję się niezwłocznie poinformować o wszelkich zmianach danych zawartych w niniejszym wniosku.
2. Zapoznałam/tem się z Regulaminem korzystania z usług społecznych współfinansowanych w ramach projektu grantowego „Premia społeczna” oraz środków Gminy Zbuczyn.

.....
miejsowość i data

.....
podpis wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego

***właściwe zaznaczyć**

Zadanie współfinansowane w ramach projektu grantowego Premia społeczna oraz środków Gminy Zbuczyn

 **Premia
społeczna**



Realizatorzy:
CENTRUM USŁUG SPOŁECZNYCH
W ZBUCZYNIĘ

