

Nazwisko i imię: _____
PESEL: _____
Numer i seria dowodu osobistego _____
Adres: _____
Numer telefonu: _____

.....
(miejscowość i data)

PODANIE

Wnoszę o przyznanie usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania w powodu (właściwe podkreślić):

- Wiek
- Niepełnosprawności
- Przewlekłej choroby

SYTUACJA RODZINNA

(właściwe podkreślić)

- osoba samotna/ samotnie gospodarująca
- osoba w rodzinie:

Lp.	Nazwisko i imię	Data urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Miejsce pracy, nauki
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

SYTUACJA DOCHODOWA

Dochód osoby/rodziny w miesiącu poprzedzającym złożenia podania	Kwota
Zasiłki rodzinne + dodatki	
Zasiłek pielęgnacyjny	
Wynagrodzenie za pracę	
Praca dorywcza	
Gospodarstwo rolne	
Otrzymywane alimenty	
Emerytura	
Renta	
Inne	

**Oświadczenie
do wywiadu rodzinnego (środowiskowego)**

Oświadczam, że wszystkie przedstawione przeze mnie dane dotyczące sytuacji osobistej, rodzinnej i majątkowej są zgodne z prawdą.

POUCZENIE

1. Zgodnie z art. 109 ust. z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej osoby i rodziny korzystające ze świadczeń pomocy społecznej są obowiązane niezwłocznie poinformować organ, który przyznał świadczenie, o każdej zmianie w ich sytuacji osobistej, dochodowej i majątkowej, która wiąże się z podstawą do przyznawania świadczeń.
2. Zgodnie z art. 104 pkt.1 Należności z tytułu wydatków na świadczenia z pomocy społecznej, z tytułu opłat określonych przepisami ustawy oraz z tytułu nienależnie pobranych świadczeń podlegają ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.

ZAKRES ŚWIADCZONYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH

Pomoc w zaspakajaniu podstawowych potrzeb życiowych:

1. Potrzeby żywnościowe:
 - a. przygotowywanie lub dostarczanie posiłków
 - b. pomoc w spożywaniu posiłków, o ile wymaga tego stan zdrowia
2. Czynności gospodarcze:
 - a. przynoszenie opału, palenie w piecu
 - b. sprzątanie – utrzymywanie w czystości najbliższego otoczenia osoby starszej, np.
mycie okien wynoszenie śmieci
 - c. robienie zakupów
 - d. pranie odzieży, bielizny pościelowej
3. Czynności organizacyjne:
 - a. ustalanie wizyt lekarskich i towarzyszenie w nich, jeżeli zachodzi taka potrzeba, dojazd na wizytę lekarską
 - b. realizacja recept lekarskich
 - c. inne czynności wynikające z uzasadnionych, indywidualnych potrzeb osoby starszej
4. Czynności higieniczne:
 - a. utrzymywanie higieny ciała, tj. mycie ciała, głowy, kąpiel
 - b. układanie osoby w łóżku, pomoc przy zmianie pozycji
5. Zapewnienie kontaktu z otoczeniem:
 - a. inicjowanie, ułatwianie kontaktu z rodziną lub/i środowiskiem lokalnym
 - b. organizacja wyjść z mieszkania
 - c. pomoc w zaspakajaniu potrzeb kulturalno – sportowo – rekreacyjnych
 - d. inne czynności wynikające z uzasadnionych indywidualnych potrzeb osoby.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis)