Sieradz, dnia .....

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Sieradzu
Centrum Usług Społecznych w Powiecie Sieradzkim

Wniosek o skierowanie osoby niesamodzielnej do placówki stacjonarnej świadczącej opiekę całodobową w ramach zadania
pn. "Krótkookresowy całodobowy pobyt wytchnieniowy w placówce stacjonarnej"

1. Imię i nazwisko oraz adres zamieszkania opiekuna sprawującego opiekę nad osobą niesamodzielną

.....

2. Imię i nazwisko oraz adres zamieszkania osoby niesamodzielnej.

.....

Wnioskuję o przyznanie dla mojego/mojej podopiecznego/podopiecznej
(imię i nazwisko) .....
usługi **Krótkookresowego całodobowego pobytu wytchnieniowego w placówce stacjonarnej**
przeznaczonej dla osób cierpiących na (podać rodzaj schorzenia).....
w okresie od ..... do .....

Oświadczam, że podopieczny pozostaje pod moją faktyczną opieką całodobową.
Jest osobą niesamodzielną, choruje na:
.....
.....
w związku z tym wymaga stałego wsparcia i opieki osób drugich.
Swój wniosek uzasadniam tym, że .....
.....
.....
.....

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

* niepotrzebne skreślić

Wyrażam zgodę:

....
(podpis osoby niesamodzielnej) (podpis opiekuna faktycznego osoby niesamodzielnej)

Centrum Usług Społecznych
w Powiecie Sieradzkim