



Załącznik nr 2

**WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY
W FORMIE POBYTU W MIESZKANIU WSPOMAGANYM**

Nie jesteśmy sami - kompleksowy program wsparcia osób niesamodzielnych i niepełnosprawnych z gminy Białośliwie

Nr RPWP.07.02.02-30-0020/17 w ramach Wielkopolski Regionalny Program Operacyjny 2014-2020.
Oś Priorytetowa 7 Włączenie społeczne
Działanie 7.2 2 Usługi społeczne i zdrowotne

Część I (Wypełnia uczestnik/opiekun prawny)

Imię i nazwisko uczestnika:.....

Data:.....

1. Wnioskuje 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. Osoba ubiegająca się o miejsce w mieszkaniu jest (proszę zaznaczyć właściwe):

- Osoba samotna lub pozbawiona wsparcia rodziny (osoby o ograniczonej samodzielności i nie posiadające wsparcie ze strony rodziny i najbliższych osób),
- Nie wymaga opieki całodobowej (należy dołączyć odpowiednio zaświadczenie lekarskie)

.....
(czytelny podpis uczestnika projektu lub opiekuna)

Część II (Wypełnia Opiekun Mieszkania)

Kryteria	TAK/NIE (niepotrzebne skreślić)
Dochód uczestnika nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie) z ustawy z 12.03.2004 r. o pomocy społecznej .	TAK/NIE
Uczestnik to osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczająca wielokrotnego wykluczenia społecznego - wykluczenie z powodu więcej niż 1 z przesłanek, o których mowa w regulaminie projektu.	TAK/NIE
Uczestnik to osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności i osoby z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z niepełnosprawnością intelektualną i osoby z zaburzeniami psychicznymi.	TAK/NIE



Rodzaj i zakres świadczonego wsparcia	TAK/NIE (niepotrzebne skreślić)	Liczba godzin (proszę wskazać)
Usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania	TAK/NIE	
Specjalistyczne usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania	TAK/NIE	
Usługi asystenckie świadczone w miejscu zamieszkania	TAK/NIE	
Klub Seniora	TAK/NIE	

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Część III (Wypełnia Opiekun Mieszkania)

Na podstawie zebranych informacji przyznaję uczestnikowi zakwaterowanie w mieszkaniu

wspomagany.....
(adres mieszkania wspomaganego)

na okres:.....

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis