

.....
(Imię i nazwisko)

Szczytno, dnia.....

zam.....

12-100 Szczytno

**Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej
w Szczytnie**

WNIOSEK

Proszę o przyznanie usług opiekuńczych od dnia.....do dnia.....w zakresie:

1. opieki higienicznej, zalecaną przez lekarza pielęgnację;
2. zaspokojenia codziennych potrzeb życiowych;
3. zapewnienia kontaktu z otoczeniem;

w wymiarze godz. dziennie, przez dni w tygodniu, w dni
robocze.....

Mieszkam sam(a). Prowadzę/ nie prowadzę wspólne(go) gospodarstwo(a) domowe(go) z
innym członkami rodziny.

Jednocześnie zobowiązuję się do ponoszenia kosztów odpłatności według ustalonych zasad
przez uchwałę NR LXXXII/613/2024 Rady Gminy Szczytno z dnia 28.03.2024r., w sprawie
szczegółowych warunków przyznawania i odpłatności za usługi opiekuńcze i specjalistyczne
usługi opiekuńcze, z wyłączeniem specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób
zaburzeniami psychicznymi oraz szczegółowe warunki częściowego lub całkowitego
zwolnienia od opłat, jak również tryb ich pobierania.

Stosowanie do art.109 ustawy o pomocy społecznej i rodziny korzystającej ze świadczeń z
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 przyznania świadczeń (wysokość opłat).

.....
(czytelny podpis osoby składającej wniosek)