

**WNIOSEK O PRZYZNANIE POBYTU W MIESZKANIU CHRONIONYM WSPIERANYM ROTACYJNYM/POBYTU STAŁEGO
WRAZ Z INFORMACJĄ NA TEMAT STOPNIA SPRAWNOŚCI OSOBY NIESAMODZIELNEJ**

I. Dane wnioskodawcy.

1.	Imię	
2.	Nazwisko	
3.	PESEL	
4.	Adres zamieszkania	
5.	Nr. telefonu	

II. Dane opiekuna faktycznego.

1.	Imię	
2.	Nazwisko	
3.	PESEL	
4.	Adres zamieszkania	
5.	Nr. telefonu	

III. Wnioskowany termin pobytu (dotyczy pobytu w mieszkaniu chronionym rotacyjnym)

Od dnia/miesiąca/roku	Do dnia/miesiąca/roku

IV. Informacje dotyczące stopnia sprawności.

1.	Sytuacja rodzina	<input type="checkbox"/> osoba samotna <input type="checkbox"/> osoba posiadająca rodzinę
2.	Czy osoba korzysta z opieki pielęgniarstwa długoterminowego?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
3.	Czy osoba oczekuje na pobyt w Zakładzie Opiekuńczo Lecznicznym?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
4.	Czy osoba korzysta ze sprzętu ortopedycznego ?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie Jeżeli „tak” , to z jakiego:
5.	Czy osoba jest zdolna do samodzielnego poruszania się po mieszkaniu.	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie Jeżeli „nie” to dlaczego:
6.	Osoba samodzielnie spożywa posiłki?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie Jeżeli „nie” to dlaczego i w jakim zakresie:
7.	Osoba wymaga pomocy innych przy wykonywaniu wszystkich czynności w zakresie higieny osobistej?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie Jeżeli „tak” to dlaczego i w jakim zakresie:
8.	Czy osoba swoim zachowaniem może stanowić zagrożenie dla otoczenia?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie Jeżeli „tak” to dlaczego:

Data i podpis pracownika socjalnego	Data i podpis wnioskodawcy	Data i podpis faktycznego opiekuna



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

