.............................................................................. Zambrów, dn. ....................

 /nazwisko i imię/

..............................................................................

 /adres/

..............................................................................

 /nr telefonu/

..............................................................................

 /PESEL/

 **Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej**

**w Zambrowie**

# WNIOSEK

 Proszę o skierowanie mnie do domu pomocy społecznej ……………………………..

 ………………………………………………………………………………………………….……..

## Uzasadnienie wniosku

.........................................................................................................................................

.........................................................................................................................................

.........................................................................................................................................

Załączniki:

1. Zaświadczenie lekarskie - ….. szt.
2. Dokument stwierdzający wysokość dochodu :
3. decyzja organu emerytalno rentowego ustalająca wysokość emerytury lub renty\*

b) decyzja o przyznaniu zasiłku stałego\*

1. Pisemna zgoda na ponoszenie opłaty za pobyt w domu pomocy społecznej i na jej potrącanie przez właściwy organ emerytalno-rentowy ze świadczenia emerytalnego lub rentowego\*
2. Pisemna zgoda na ponoszenie opłaty za pobyt w domu pomocy społecznej i na jej potrącanie z zasiłku stałego\*
3. Oświadczenia o wysokości dochodu osób zobowiązanych do ponoszenia odpłatności (małżonka, zstępnych, wstępnych)- ……. szt.
4. Postanowienie sądu opiekuńczego w przedmiocie udzielenia zezwolenia na skierowanie do DPS – w przypadku ubezwłasnowolnionych całkowicie oraz małoletnich.

Wniosek i wiarygodność powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.

 ..........................................................................

 /czytelny podpis osoby składającej wniosek/

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* niepotrzebne skreślić

Dane o rodzinie, o osobach zobowiązanych do ponoszenia odpłatności na podstawie art.61 ust. 1 pkt 2 ustawy o pomocy społecznej, konieczne do przeprowadzenia rodzinnego wywiadu środowiskowego (Kwestionariusz RWŚ cz. II)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Stopień pokrewieństwa w stosunku do osoby kierowanej do DPS** | **Imię i nazwisko/PESEL/ stopień** | **Adres** | **Telefon** | **Uwagi** |
| Małżonek/małżonka | 1. |  |  |  |
| Zstępni (dzieci, wnuki, prawnuki) | 1. |  |  |  |
|  | 2. |  |  |  |
|  | 3. |  |  |  |
|  | 4. |  |  |  |
|  | 5. |  |  |  |
|  | 6. |  |  |  |
|  | 7. |  |  |  |
|  | 8. |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Wstępni(rodzice, dziadkowie) | 1. |  |  |  |
|  | 2. |  |  |  |
|  | 3. |  |  |  |
|  | 4. |  |  |  |

 ………………...........................................................................

 /czytelny podpis osoby składającej wniosek o skierowanie do DPS/

.............................................................................. Zambrów, dn. ....................

 /nazwisko i imię/

..............................................................................

 /data i miejsce urodzenia/

..............................................................................

 /adres/

**O ś w i a d c z e n i e**

Wyrażam zgodę na ponoszenie opłaty za mój pobyt w domu pomocy społecznej i na jej potrącanie przez właściwy organ emerytalno-rentowy ze świadczenia emerytalnego lub rentowego, zgodnie z odrębnymi przepisami, i przekazywanie jej na konto wskazane przez ten DPS.

..........................................................................

 /czytelny podpis osoby składającej oświadczenie/

.............................................................................. Zambrów, dn. ....................

 /nazwisko i imię/

.

.............................................................................

 /data i miejsce urodzenia/

..............................................................................

 /adres/

**O ś w i a d c z e n i e**

Wyrażam zgodę na ponoszenie opłaty za mój pobyt w domu pomocy społecznej i na jej potrącanie z zasiłku stałego przez MOPS w Zambrowie,
i przekazywanie jej na konto wskazane przez ten DPS.

…...........................................................................

 /czytelny podpis osoby składającej oświadczenie/

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Zambrowie, w związku z wyrażaną przez Panią/Pana ……………………………………………………………………………….. zgodą na ponoszenie odpłatności za swój pobyt w DPS i na potrącanie tej odpłatności
z przyznanego Jej/Jemu zasiłku stałego, wyraża zgodę na potrącanie z zasiłku stałego Pani/Pana ……………………..…………………………………………………………
opłaty w wysokości ……………………………..……… miesięcznie za Jej/Jego pobyt
w Domu Pomocy Społecznej w ………………………………………………………… i przekazywanie jej na konto wskazane przez DPS.

.............................................................................. Zambrów, dn. ....................

 /nazwisko i imię/

..............................................................................

 /data i miejsce urodzenia/

..............................................................................

 /adres/

**O ś w i a d c z e n i e**

Wyrażam zgodę na przekazywanie z mojej renty / emerytury / zasiłku stałego
(Nr …………………) należności za mój pobyt w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym
w ………………………………… na konto wskazane przez ten Zakład

..........................................................................

 /czytelny podpis osoby składającej oświadczenie/