

Miejscowość i data

.....
Imię i nazwisko wnioskodawcy

.....
adres zamieszkania

.....
nr telefonu

Do
Gminnego Ośrodka
Pomocy Społecznej
w Aleksandrowie Kujawskim
ul. Słowackiego 12
87-700 Aleksandrów Kujawski

Wniosek

Zwracam się z prośbą o przyznanie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi dla mojego/mojej w miejscu zamieszkania.

uzasadnienie wniosku

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

Do wniosku załączam:

1. Zaświadczenie od lekarza specjalisty ze wskazaniem rodzaju i zalecanej liczby godzin usług.
2. Oświadczenie o korzystaniu/nie korzystaniu z rehabilitacji tą formą wsparcia w ramach innych systemów (tj. szkoła, przedszkole, przychodnie specjalistyczne) lub możliwości własnych rodziny .

.....
(czytelny podpis)

- a) Sspecjalistyczne usługi opiekuńcze są to usługi dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności, świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym na podstawie aktualnego zaświadczenia lekarskiego o potrzebie rehabilitacji.
- b) Do wniosku należy załączyć dokumenty potwierdzające dochody netto za miesiąc poprzedzający złożenie wniosku wszystkich członków rodziny.

.....
miejsowość i data

.....
(pieczęć zakładu pracy)

ZAŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODU

Zaświadcza się, iż Pan(i).....

zamieszkały(a).....

jest zatrudniony(a) w

(nazwa, adres, numer telefonu zakładu pracy)

w wymiarze czasu pracy

na podstawie umowy o pracę/cywilnoprawnej*.....

od dniado dnia.....

Wynagrodzenie wypłacone w miesiącu..... roku wyniosło:

PRZYCHÓD.....

- zaliczka na podatek dochodowy od osób fizycznych.....
- składka na ubezpieczenie zdrowotne.....
- składka na ubezpieczenia emerytalne i rentowe w części finansowanej przez ubezpieczonego.....
- składka na ubezpieczenie chorobowe.....

DOCHÓD NETTO.....

Potrącenia alimentów

Inne

Pracownik znajduje się/nie znajduje się* w okresie wypowiedzenia. Zakład jest/nie jest*
w stanie likwidacji ani upadłości.

.....
(pieczęć i podpis osoby upoważnionej)

*niepotrzebne skreślić

....., dnia
(miejsowość)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

OŚWIADCZENIE O STANIE MAJĄTKOWYM¹⁾

Ja urodzona/y
(imię i nazwisko) (data i miejscowość)

oświadczam, że na stan majątkowy mojej rodziny/mój²⁾ składają się:

I. Nieruchomości:

- lokal mieszkalny (wielkość [w m²], charakter własności)

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

- dom (wielkość [w m²])

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

- place, działki (powierzchnia [w m²])

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

- gospodarstwo rolne (rodzaj, liczba hektarów, w tym przeliczeniowych)

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

¹⁾ Należy uwzględnić majątek objęty wspólnością ustawową oraz majątek odrębny.

²⁾ Niepotrzebne skreślić.

II. Ruchomości:

- samochody (typ, rocznik, wartość szacunkowa)

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

- maszyny (rodzaj, wartość szacunkowa)

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

- inne (rodzaj, wartość szacunkowa)

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

III. Posiadane zasoby:

- pieniężne (oszczędności, papiery wartościowe itp. - wartość nominalna)

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

- przedmioty wartościowe (wartość szacunkowa)

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

IV. Inne, dodatkowe informacje o stanie majątkowym:

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

Jestem świadoma/świadomy² odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(podpis)

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

1. Imię i nazwisko
2. Data urodzenia
3. Adres zamieszkania
4. Rozpoznanie:
-
-
-
5. Z uwagi na rodzaj schorzenia lub niepełnosprawność ww. wymaga specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi:

Lp.	Zakres*	Liczba godzin w miesiącu
1) zgodnie z § 2 pkt lit., rozporządzenia	
2) zgodnie z § 2 pkt lit., rozporządzenia	
3) zgodnie z § 2 pkt lit., rozporządzenia	
4) zgodnie z § 2 pkt lit., rozporządzenia	

6. Czy istnieją przeciwwskazania do korzystania ze specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi w gabinecie zapewnionym przez wykonawcę usług¹?
- TAK NIE

Jeśli istnieją przeciwwskazania to jakie?

.....

7. Czy istnieją przeciwwskazania do korzystania ze świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej w ramach NFZ¹?

TAK NIE

Jeśli istnieją przeciwwskazania to jakie?

.....

.....
miejsce i data

.....
podpis i pieczęć lekarza

¹ Wpisać zgodnie z § 2 rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz.U. z 2005 r. Nr 189, poz. 1598 z późn. zm)

Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz.U. z 2005 r. Nr 189, poz. 1598 z późn. zm):

- § 2. Ustala się następujące rodzaje specjalistycznych usług dostosowanych do szczególnych potrzeb osób wymagających pomocy w formie specjalistycznych usług, wynikających z rodzaju ich schorzenia lub niepełnosprawności, świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym:
- 1) uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia, w tym zwłaszcza:
 - a) kształtowanie umiejętności zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych i umiejętności społecznego funkcjonowania, motywowanie do aktywności, leczenia i rehabilitacji, prowadzenie treningów umiejętności samoobsługi i umiejętności społecznych oraz wspieranie, także w formie asystowania w codziennych czynnościach życiowych, w szczególności takich jak:
 - samoobsługa, zwłaszcza wykonywanie czynności gospodarczych i porządkowych, w tym umiejętność utrzymania i prowadzenia domu,
 - dbałość o higienę i wygląd,
 - utrzymywanie kontaktów z domownikami, rówieśnikami, w miejscu nauki i pracy oraz ze społecznością lokalną,
 - wspólne organizowanie i spędzanie czasu wolnego,
 - korzystanie z usług różnych instytucji,
 - b) interwencje i pomoc w życiu w rodzinie, w tym:
 - pomoc w radzeniu sobie w sytuacjach kryzysowych — poradnictwo specjalistyczne, interwencje kryzysowe, wsparcie psychologiczne, rozmowy terapeutyczne,
 - ułatwienie dostępu do edukacji i kultury,
 - doradztwo, koordynacja działań innych służb na rzecz rodziny, której członkiem jest osoba uzyskująca pomoc w formie specjalistycznych usług,
 - kształtowanie pozytywnych relacji osoby wspieranej z osobami bliskimi,
 - współpraca z rodziną — kształtowanie odpowiednich postaw wobec osoby chorej, niepełnosprawnej,
 - c) pomoc w załatwianiu spraw urzędowych, w tym:
 - w uzyskaniu świadczeń socjalnych, emerytalno-rentowych,
 - w wypełnieniu dokumentów urzędowych,
 - d) wspieranie i pomoc w uzyskaniu zatrudnienia, w tym zwłaszcza:
 - w szukaniu informacji o pracy, pomoc w znalezieniu zatrudnienia lub alternatywnego zajęcia, w szczególności uczestnictwo w zajęciach warsztatów terapii zajęciowej, zakładach aktywności zawodowej, środowiskowych domach samopomocy, centrach i klubach integracji społecznej, klubach pracy,
 - w kompletowaniu dokumentów potrzebnych do zatrudnienia,
 - w przygotowaniu do rozmowy z pracodawcą, wspieranie i asystowanie w kontaktach z pracodawcą,
 - w rozwiązywaniu problemów psychicznych wynikających z pracy lub jej braku,
 - e) pomoc w gospodarowaniu pieniędzmi, w tym:
 - nauka planowania budżetu, asystowanie przy ponoszeniu wydatków,
 - pomoc w uzyskaniu ulg w opłatach,
 - zwiększanie umiejętności gospodarowania własnym budżetem oraz usamodzielnianie finansowe;
 - 2) pielęgnacja — jako wspieranie procesu leczenia, w tym:
 - a) pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych,
 - b) uzgadnianie i pilnowanie terminów wizyt lekarskich, badań diagnostycznych,
 - c) pomoc w wykupywaniu lub zamawianiu leków w aptece,
 - d) pilnowanie przyjmowania leków oraz obserwowanie ewentualnych skutków ubocznych ich stosowania,
 - e) w szczególnie uzasadnionych przypadkach zmiana opatrunków, pomoc w użyciu środków pomocniczych i materiałów medycznych, przedmiotów ortopedycznych, a także w utrzymaniu higieny,
 - f) pomoc w dotarciu do placówek służby zdrowia,
 - g) pomoc w dotarciu do placówek rehabilitacyjnych;
 - 3) rehabilitacja fizyczna i usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu w zakresie nieobjętym przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.):
 - a) zgodnie z zaleceniami lekarskimi lub specjalisty z zakresu rehabilitacji ruchowej lub fizjoterapii,
 - b) współpraca ze specjalistami w zakresie wspierania psychologiczno-pedagogicznego i edukacyjno-terapeutycznego zmierzającego do wielostronnej aktywizacji osoby korzystającej ze specjalistycznych usług;
 - 4) pomoc mieszkaniowa, w tym:
 - a) w uzyskaniu mieszkania, negocjowaniu i wnoszeniu opłat,
 - b) w organizacji drobnych remontów, adaptacji, napraw, likwidacji barier architektonicznych,
 - c) kształtowanie właściwych relacji osoby uzyskującej pomoc z sąsiadami i gospodarzem domu;
 - 5) zapewnienie dzieciom i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi dostępu do zajęć rehabilitacyjnych i rewalidacyjno-wychowawczych, w wyjątkowych przypadkach, jeżeli nie mają możliwości uzyskania dostępu do zajęć, o których mowa w art. 7 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535, z późn. zm.).

.....
Miejscowość, data

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że korzystam/ nie korzystam z usług specjalistycznych z innych systemów wsparcia (tj. szkoła, przedszkole, przychodnia specjalistyczna).

Szkoła – specjaliściilość godzin w tygodniu.....

Przedszkole - specjaliściilość godzin w tygodniu

Przychodnie specjalistyczne- specjaliści ilość
godzin w tygodniu

.....
podpis