**Załącznik nr 1i**

do Regulaminu rekrutacji

i uczestnictwa w Projekcie „CUŚ

dla powiatu bełchatowskiego”

……………………………, dnia .........................................

**Miejsko Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Zelowie**

**CUŚ dla powiatu bełchatowskiego**

Wniosek o przyznanie osobie niesamodzielnej usług opiekuńczych w ramach zadania pod nazwą:

**„Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania Zelów"**

Imię i nazwisko oraz adres zamieszkania opiekuna sprawującego opiekę nad osobą niesamodzielną (jeśli dotyczy)......................................................................................................................................

Imię i nazwisko oraz adres zamieszkania osoby niesamodzielnej.

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

Wnioskuję o przyznanie dla mnie/mojego/mojej podopiecznego/podopiecznej\*(imię i nazwisko) ................................................................................................... **Usług Opiekuńczych w miejscu zamieszkania ……….……………………………**

w okresie od …...................................................... do ........................................................……………..

Oświadczam, że podopieczny pozostaje pod moją faktyczną opieką całodobową (jeśli dotyczy).

Jestem/Jest osobą niesamodzielną, choruje na:

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

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

w związku z tym wymagam/wymaga stałego wsparcia i opieki osób drugich.

Swój wniosek uzasadniam tym, że …........................................................................................

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

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

.............................................................. . .....…………................................................................ (podpis osoby niesamodzielnej) (podpis opiekuna faktycznego osoby niesamodzielnej)

(jeśli dotyczy)