

DANE OSÓB OBJĘTYCH WSPARCIEM

WNOSKIJĘ O OBJĘCIE USŁUGAMI SPOŁECZNYMI NASTĘPUJĄCYCH CZŁONKÓW RODZINY:

CZŁONEK RODZINY NR 2		ID:	
IMIĘ		NAZWISKO	
PESEL		DATA URODZENIA	
STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA (do wnioskodawcy):		adres zamieszkania (jeśli jest inny niż wnioskodawcy)	
orzeczona niepełnosprawność: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		status na rynku pracy:	
WNOSKOWANE USŁUGI SPOŁECZNE:			
INTEGRACJA-EDUKACJA (usługi integracyjne i edukacyjne dla mieszkańców)	<input type="checkbox"/>	PROJEKT ZDROWIE poradnictwo specjalist./ zajęcia ruchowe:	<input type="checkbox"/>
USŁUGI OPIEKUŃCZO-WSPIERAJĄCE (usługi mobilne dla osób starszych, samotnych, niesamodzielnych, z niepełnosprawnością):			
USŁUGA ASYSTENTA OSOBY STARSZEJ LUB/I Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ	<input type="checkbox"/>	MOBILNE USŁUGI SPECJALISTYCZNE (specjaliści zajmujący się zdrowiem i pielęgnacją, poradnictwo specjalistyczne – usługi mobilne „door-to-door”)	<input type="checkbox"/>
USŁUGA PORZĄDKOWA “CZYSTY KĄT” (usługi mobilne „door-to-door”)	<input type="checkbox"/>	USŁUGA TRANSPORTOWA (transport związany z korzystaniem z usług medycznych na terenie Powiatu Chrzanowskiego)	<input type="checkbox"/>
USŁUGA “ZŁOTA RĄCZKA DLA SENIORA” (usługi mobilne „door-to-door”)	<input type="checkbox"/>	Usługa wspierająca (inna):.....	

CZŁONEK RODZINY NR 3		ID:	
IMIĘ		NAZWISKO	
PESEL		DATA URODZENIA	
STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA (do wnioskodawcy):		adres zamieszkania (jeśli jest inny niż wnioskodawcy)	
orzeczona niepełnosprawność: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		status na rynku pracy:	
WNOSKOWANE USŁUGI SPOŁECZNE:			
INTEGRACJA-EDUKACJA (usługi integracyjne i edukacyjne dla mieszkańców)	<input type="checkbox"/>	PROJEKT ZDROWIE poradnictwo specjalist./ zajęcia ruchowe:	<input type="checkbox"/>
USŁUGI OPIEKUŃCZO-WSPIERAJĄCE (usługi mobilne dla osób starszych, samotnych, niesamodzielnych, z niepełnosprawnością):			
USŁUGA ASYSTENTA OSOBY STARSZEJ LUB/I Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ	<input type="checkbox"/>	MOBILNE USŁUGI SPECJALISTYCZNE (specjaliści zajmujący się zdrowiem i pielęgnacją, poradnictwo specjalistyczne – usługi mobilne „door-to-door”)	<input type="checkbox"/>
USŁUGA PORZĄDKOWA “CZYSTY KĄT” (usługi mobilne „door-to-door”)	<input type="checkbox"/>	USŁUGA TRANSPORTOWA (transport związany z korzystaniem z usług medycznych na terenie Powiatu Chrzanowskiego)	<input type="checkbox"/>
USŁUGA “ZŁOTA RĄCZKA DLA SENIORA” (usługi mobilne „door-to-door”)	<input type="checkbox"/>	Usługa wspierająca (inna):.....	

CZŁONEK RODZINY NR 4		ID:	
IMIĘ		NAZWISKO	
PESEL		DATA URODZENIA	
STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA (do wnioskodawcy):		adres zamieszkania (jeśli jest inny niż wnioskodawcy)	
orzeczona niepełnosprawność: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		status na rynku pracy:	
WNOSKOWANE USŁUGI SPOŁECZNE:			
INTEGRACJA-EDUKACJA (usługi integracyjne i edukacyjne dla mieszkańców)	<input type="checkbox"/>	PROJEKT ZDROWIE poradnictwo specjalist./ zajęcia ruchowe:	<input type="checkbox"/>
USŁUGI OPIEKUŃCZO-WSPIERAJĄCE (usługi mobilne dla osób starszych, samotnych, niesamodzielnych, z niepełnosprawnością):			
USŁUGA ASYSTENTA OSOBY STARSZEJ LUB/I Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ	<input type="checkbox"/>	MOBILNE USŁUGI SPECJALISTYCZNE (specjaliści zajmujący się zdrowiem i pielęgnacją, poradnictwo specjalistyczne – usługi mobilne „door-to-door”)	<input type="checkbox"/>
USŁUGA PORZĄDKOWA “CZYSTY KĄT” (usługi mobilne „door-to-door”)	<input type="checkbox"/>	USŁUGA TRANSPORTOWA (transport związany z korzystaniem z usług medycznych na terenie Powiatu Chrzanowskiego)	<input type="checkbox"/>
USŁUGA “ZŁOTA RĄCZKA DLA SENIORA” (usługi mobilne „door-to-door”)	<input type="checkbox"/>	Usługa wspierająca (inna):.....	

CZŁONEK RODZINY NR 5		ID:	
IMIĘ		NAZWISKO	
PESEL		DATA URODZENIA	
STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA (do wnioskodawcy):		adres zamieszkania (jeśli jest inny niż wnioskodawcy)	
orzeczona niepełnosprawność: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		status na rynku pracy:	
WNOSKOWANE USŁUGI SPOŁECZNE:			
INTEGRACJA-EDUKACJA (usługi integracyjne i edukacyjne dla mieszkańców)	<input type="checkbox"/>	PROJEKT ZDROWIE poradnictwo specjalist./ zajęcia ruchowe:	<input type="checkbox"/>
USŁUGI OPIEKUŃCZO-WSPIERAJĄCE (usługi mobilne dla osób starszych, samotnych, niesamodzielnych, z niepełnosprawnością):			
USŁUGA ASYSTENTA OSOBY STARSZEJ LUB/I Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ	<input type="checkbox"/>	MOBILNE USŁUGI SPECJALISTYCZNE (specjaliści zajmujący się zdrowiem i pielęgnacją, poradnictwo specjalistyczne – usługi mobilne „door-to-door”)	<input type="checkbox"/>
USŁUGA PORZĄDKOWA “CZYSTY KĄT” (usługi mobilne „door-to-door”)	<input type="checkbox"/>	USŁUGA TRANSPORTOWA (transport związany z korzystaniem z usług medycznych na terenie Powiatu Chrzanowskiego)	<input type="checkbox"/>
USŁUGA “ZŁOTA RĄCZKA DLA SENIORA” (usługi mobilne „door-to-door”)	<input type="checkbox"/>	Usługa wspierająca (inna):.....	

Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym - Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia przewidzianej w art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. KODEKS KARNY.

.....
data i czytelny podpis
wnioskodawcy/ przedstawiciela ustawowego