

Załącznik nr 1

do Regulaminu naboru i uczestnictwa dla mieszkańców Powiatu Bocheńskiego w Programie MRPiPS „Opieka wychnieniowa”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025

N. z.: PCPR-ON-OW-619-...../2025

**Wniosek
do Powiatowego centrum Pomocy Rodzinie w Bochni
o usługę opieki wychnieniowej**

.....
Imię i nazwisko Wnioskodawcy

.....
Adres zamieszkania

Wniosek dotyczy osoby z niepełnosprawnością, tj.
której na co dzień zapewniam opiekę.

Po zapoznaniu się z Regulaminem naboru i uczestnictwa dla mieszkańców Powiatu Bocheńskiego w Programie „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025, wnioskuję o usługę opieki wychnieniowej i jednocześnie oświadczam, że:

1. Rozumiem i akceptuję warunki określone w Regulaminie naboru i uczestnictwa dla mieszkańców Powiatu Bocheńskiego w Programie „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025
2. Wnioskuję o usługę opieki wychnieniowej w formie pobytu całodobowego w placówce zapewniającej całodobową opiekę, o której mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.
3. Swój wniosek uzasadniam poniższym opisem sytuacji trudnej lub kryzysowej, która jest powodem ubiegania się przeze mnie o usługę opieki wychnieniowej:
.....
.....
.....
4. Ponadto wskazuję szczególne potrzeby osoby z niepełnosprawnością, nad którą na co dzień sprawuję opiekę i której dotyczy mój wniosek. Są to następujące potrzeby:
.....
.....
.....

Do wniosku załączam 1) kartę zgłoszenia do programu (wzór wg załącznika nr 7 do Programu), 2) orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne dla orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności (kopia), 3) Wniosek o przyjęcie do TriVita (formularz Placówki), 4) Zaświadczenie lekarskie dla celów TriVita (formularz Placówki).

Miejscowość..... data.....

.....
Czytelny podpis Wnioskodawcy