**Centrum Usług Społecznych Gminy Redzikowo**

**ul. Obrońców Wybrzeża 2**

**76-200 Słupsk**

**WNIOSEK**

**O OBJĘCIE USŁUGAMI SPOŁECZNYMI**

Imię i nazwisko ……………………………………………………………………………….

Adres ………………………………………………………………………………………….

Telefon ………………………………………………………………………………….…….

Proszę o objęcie mnie/ mojej rodziny pomocą w formie:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**UZASADNIENIE**

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

POUCZENIE:

O wszelkich zmianach mających wpływ na prawo i warunki korzystania z usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu (np. utrata statusu osoby z niepełnosprawnością, zmiana stopnia niepełnosprawności, korzystanie w danym roku kalendarzowym z usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach innych programów dotyczących usług opieki wytchnieniowej), uczestnik Programu jest obowiązany niezwłocznie poinformować gminę/powiat lub inny podmiot, o którym mowa w części V ust. 27 pkt 2 i 4, któremu gmina/powiat zleciła realizację usług opieki wytchnieniowej lub od którego gmina/powiat nabywa usługi opieki wytchnieniowej, nie później niż w ciągu **7 dni** od dnia nastąpienia zmiany.

…………………………………………………..

data i podpis