*Załącznik nr 6 do Regulaminu*

*rekrutacji*

**WNIOSEK O UDZIELENIE USŁUG SPOŁECZNYCH**

**1. Dane personalne osoby składającej wniosek**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| IMIĘ | | | NAZWISKO | | |
| DATA URODZENIA | | | NUMER PESEL | | |
| OBYWALETSTWO | | | STAN CYWILNY | | |
| PŁEĆ | K | | M | |  STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI |
| ADRES ZAMIESZKANIA | | MIEJSCOWOŚĆ | | KOD POCZTOWY | |
| ULICA | | | NUMER DOMU/MIESZKANIA | | |

**2. Dane personalne uczestnika Projektu (wypełnić tylko w przypadku gdy uczestnikiem Projektu jest osoba pozostająca pod opieką opiekuna prawnego lub przedstawiciela ustawowego)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| IMIĘ | | NAZWISKO | |
| DATA URODZENIA | | NUMER PESEL | |
| STOPIEŃ  POKREWIEŃSTWA | |  STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI | |
| ADRES ZAMIESZKANIA | MIEJSCOWOŚĆ | | KOD POCZTOWY |
| ULICA | | NUMER DOMU/ MIESZKANIA | |

**3. Składam wniosek na następujące usługi społeczne:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.P. | NAZWA USŁUGI | ZAZNACZYĆ X PRZY WYBRANEJ USŁUDZE |
| 1 | Poradnia specjalistyczna |  |
| 2 | Klub malucha |  |
| 3 | Dzienny dom pomocy |  |
| 4 | Mieszkanie treningowe |  |
| 5 | Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania |  |
| 6 | Specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania |  |
| 7 | Działania terapeutyczne dla rodzin |  |
| 8 | Usługa „złota rączka” |  |
| 9 | Wolontariat/ klub młodzieżowy |  |

 Dotyczy osób, które posiadają orzeczony stopień niepełnosprawności

……………………………… ………………….……………..…………….

(miejscowość, data) (czytelny podpis Uczestnika projektu/ opiekuna uczestnika projektu )

*Deklaracja uczestnictwa w projekcie w imieniu osoby, która nie ukończyła 18 roku życia podpisywana jest przez przedstawiciela ustawowego, osoba, która znajduje się w przedziale wieku 13-18 lat podpisuje deklarację przy obowiązkowej kontrasygnacie opiekuna ustawowego lub podpis tylko i wyłącznie opiekuna ustawowego dla osób, które nie ukończyły 18 roku życia*