

.....
imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania

.....
kod pocztowy, miejscowość

Rodzaj i zakres oczekiwanego wsparcia
sporządzony na mocy art. 55b Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej

1. Wnioskowany okres pobytu:

Wnioskuję o przyznanie wsparcia krótkoterminowego od dniado dnia

1a. Wymagam wsparcia krótkoterminowego z uwagi na:

- orzeczony lekki stopień niepełnosprawności
- orzeczony umiarkowany stopień niepełnosprawności
- orzeczony znaczny stopień niepełnosprawności
- pozostawania w stałym leczeniu
- brak możliwości samodzielnego funkcjonowania z uwagi na podeszły wiek
- brak możliwości samodzielnego funkcjonowania z uwagi na aktualną sytuację zdrowotną
- brak możliwości zapewnienia opieki w ww. okresie ze strony innych osób
- zakończenie pobytu w szpitalu i potrzebę okresowej pielęgnacji

2. Cel pobytu oraz rodzaj i zakres świadczonego wsparcia:

1) Pomoc w wykonywaniu czynności niezbędnych w życiu codziennym dotyczących:

- przemieszczania się;
- utrzymania higieny osobistej;
- ubierania się;
- przyjmowania leków;
- pomoc w kontynuowaniu procesu leczenia;

karmienie;

zmiana pieluchomajtek w razie konieczności

3. **Odpłatność osoby korzystającej ze wsparcia:**

Na mocy Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej i Uchwały Nr XCII/2055/2024 Rady Miasta Rzeszowa z dnia 23 stycznia 2024 r. w sprawie określenia szczegółowych warunków przyznawania usług wsparcia krótkoterminowego całodobowego, wysokości opłat oraz warunków odpłatności za te usługi a także warunków zwolnienia z opłat i trybu ich pobierania, korzystanie z usług wsparcia krótkoterminowego jest odpłatne.

Zgodnie z § 2. pkt 1 Uchwały Rady Miasta, dzienna stawka za usługę wsparcia wynosi 220 zł.

4. **Odpłatność za udzielone wsparcie krótkoterminowe:**

Zobowiązuję się do pokrycia pełnego kosztu związanego z udzieleniem mi wsparcia w formie pobytu krótkoterminowego. Jednocześnie zobowiązuję się do uiszczenia opłaty minimum 1 dzień przed rozpoczęciem świadczenia usługi wsparcia krótkoterminowego.

Wnioskuję o zwolnienie z odpłatności na usługę wsparcia krótkoterminowego z uwagi na:

- Jestem osobą samotną i posiadam dochód w wysokości

Po uregulowaniu opłaty za usługę wsparcia krótkoterminowego,

na utrzymanie pozostanie mi kwota nieprzekraczająca kryterium

dochodowe dla osoby samotnie gospodarującej, tj. 776 zł. - zwolnienie całkowite

- W mojej rodzinie więcej niż jedna osoba wymaga wsparcia w formie

odpłatnych usług opiekuńczych, w tym co najmniej jedna osoba jest obłożnie chora

– zwolnienie na poziomie 15% kwoty dziennego pobytu,

- Członek mojej rodziny korzysta z co najmniej dwóch rodzajów odpłatnych

usług opiekuńczych - zwolnienie na poziomie 15% kwoty dziennego pobytu.

.....
(data, podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

.....
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

