

Wniosek o przyznanie usługi pobytu w Mieszkanii.

Imię i nazwisko Uczestnika projektu:	PESEL Uczestnika projektu:
Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego Uczestnika projektu: (wpisać, jeśli wniosek składany jest przez przedstawiciela ustawowego Uczestnika lub za jego zgodą)	

1. Niniejszym, odnosząc się do postanowień „Regulaminu usługi mieszkania wspomaganego w formie mieszkania wspieranego w ramach projektu „Ludzki gest - wsparcie osób niesamodzielnych w powiecie obornickim”, numer projektu: RPWP.07.02.02-30-0117/19”¹, składam wniosek o przyznanie usługi pobytu w mieszkaniu wspomaganym, prowadzonym przez Powiat Obornicki. Jednocześnie wyrażam zgodę na przeprowadzanie wywiadu pogłębianego.
2. Jestem osobą osób chorującą psychicznie lub niesprawną intelektualnie:
 NIE
 TAK
UWAGA: Jeżeli zaznaczono odpowiedź „TAK” konieczne jest przedłożenie dodatkowo wraz z wnioskiem zaświadczenia lekarskiego wydanego przez lekarza prowadzącego (w tym lekarza rodzinnego) oraz opinii psychologa o osobie wnioskującej.
3. Jestem osobą osób z niepełnosprawnościami sprzężonymi i występującymi chorobami współistniejącymi:
 NIE
 TAK
UWAGA: Jeżeli zaznaczono odpowiedź „TAK” konieczne jest przedłożenie dodatkowo wraz z wnioskiem zaświadczenia lekarskiego wydanego przez zaświadczenia wydanego przez lekarza specjalistę oraz opinii psychologa o osobie wnioskującej.

¹ Regulamin stanowi Załącznik do Uchwały Nr 306/21 Zarządu Powiatu Obornickiego z dnia 2 lutego 2021 r w sprawie: przyjęcia „Regulaminu mieszkania wspomaganego w formie mieszkania wspieranego w ramach projektu „Ludzki gest - wsparcie osób niesamodzielnych w powiecie obornickim”, numer projektu: RPWP.07.02.02-30-0117/19”.

4. W przypadku odmownej odpowiedzi na wniosek, podyktowanej brakiem miejsc w mieszkaniu wyrażam zgodę na umieszczenie mnie na liście rezerwowej – liście osób oczekujących na usługę pobytu w mieszkaniu wspomaganym:

- TAK
 NIE

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis Uczestnika projektu²

DECYZJA O SPOSOBIE ROZPATRZENIA WNIOSKU	
Wypełnia Opiekun mieszkania (lub - w przypadku nieobecności Opiekuna mieszkania - upoważniony przedstawiciel Prowadzącego):	
Data złożenia wniosku przez Uczestnika:	
Data przeprowadzenia wywiadu pogłębianego:	
Sposób rozpatrzenia wniosku:	<input type="checkbox"/> ZGODA – pobyt w mieszkaniu wspomaganym <input type="checkbox"/> Odmowa
Uzasadnienie odmownego rozpatrzenia wniosku (wypełnić w przypadku odmownego rozpatrzenia wniosku):	<input type="checkbox"/> Wniosek nie zawiera wymaganych załączników <input type="checkbox"/> Brak miejsc w mieszkaniu wspomaganym <input type="checkbox"/> Sytuacja osoby umożliwia jej pozostanie w dotychczasowym miejscu zamieszkania
Czy wnioskodawcę zamieszczono na liście rezerwowej – liście osób oczekujących:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Sposób przekazania decyzji:	<input type="checkbox"/> Poczta tradycyjną - wysyłka w dniu _____ <input type="checkbox"/> Poczta e-mail – wysłano w dniu _____ <input type="checkbox"/> Odbiór osobisty decyzji w dniu _____
Data i podpis osoby rozpatrującej wniosek:	

² W przypadku, w którym Uczestnik Projektu posiada jedynie ograniczoną zdolność do czynności prawnych wniosek składany jest przez Uczestnika za zgodą jego przedstawiciela ustawowego. W przypadku, w którym Uczestnik Projektu nie posiada zdolności do czynności prawnych, wniosek składany jest w jego imieniu przez przedstawiciela ustawowego Uczestnika.