

....., dnia

Ośrodek Pomocy Społecznej w Świeciu
Dział Świadczeń Rodzinnych
i Funduszu Alimentacyjnego
ul. Gen. J. Hallera 11
86-100 Świecie

Wniosek
o przystąpieniu do Programu Osłonowego „System powszechnej teleopieki dla mieszkańców
gminy Świecie”

I. Dane wnioskodawcy

Imię i nazwisko wnioskodawcy

adres zamieszkania

data urodzenia PESEL

seria i numer dowodu osobistego/dokumentu tożsamości

numer telefonu

adres e-mail

II. Dane osoby występującej w imieniu wnioskodawcy*

Wnioskodawca działający przez pełnomocnika/opiekuna ustawowego/prawnego lub faktycznego/kuratora*

Imię i nazwisko pełnomocnika / opiekuna ustawowego / prawnego lub faktycznego / kuratora

adres zamieszkania

data urodzenia PESEL

seria i numer dowodu osobistego/dokumentu tożsamości

numer telefonu

adres e-mail

III. Wniosek w zakresie przystąpienia do Programu Osłonowego „System powszechnej teleopieki dla mieszkańców gminy Świecie”.

Wnioskodawca wnosi o objęcie go usługą Teleopieki Domowej/Mobilnej*.

IV. Wnioskodawca wnioskuję o bezpłatne zaopatrzenie go w urządzenie obsługiwane przez Centrum Alarmowe:

W tym celu wnioskodawca składa oświadczenie, że: **

- **ukończył 60 lat, lub**
- **legitymuje się orzeczeniem o umiarkowanym lub znacznym stopniu niepełnosprawności w rozumieniu ustawy z dnia 28 listopada 2003 r., o świadczeniach rodzinnych**

Wraz z niniejszym wnioskiem wnioskodawca przedkłada orzeczenie o:**

- a) niepełnosprawność w umiarkowanym stopniu w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
- b) całkowitej niezdolność do pracy orzeczoną na podstawie przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych,
- c) zaliczeniu do II grupy inwalidów;
- d) niepełnosprawność w stopniu znacznym w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
- e) całkowitej niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji orzeczoną na podstawie przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych,
- f) stałej albo długotrwałej niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym i do samodzielnej egzystencji albo trwałej lub okresowej całkowitej niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym i do samodzielnej egzystencji, orzeczoną na podstawie przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników w celu uzyskania świadczeń określonych w tych przepisach,
- g) zaliczeniu do I grupy inwalidów,
- h) niezdolności do samodzielnej egzystencji orzeczoną na podstawie przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych lub przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników;

Wnioskodawca oświadcza, że dane podane we wniosku są zgodne z prawdą i jest świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych oświadczeń.

Podpis wnioskodawcy

Potwierdzam zgodność danych osobowych zawartych we wniosku z okazanym przez wnioskodawcę dokumentem tożsamości:

rodzaj, seria i numer

dokumentu tożsamości

podpis i pieczęć
pracownika

*Wypełnić tylko w przypadku występowania jednej z w/w osób

**Właściwe zaznaczyć