

**WNIOSEK O CZĘŚCIOWE/CAŁKOWITE\* ZWOLNIENIE Z PONOSZENIA OPLAT  
ZA USŁUGI OPIEKUŃCZE**

1. Zwolnienie na wniosek: osoby objętej usługami/ pracownika socjalnego\*.
2. Średnia miesięczna liczba godzin usług .....
3. Przewidywane miesięczne obciążenie opłatą za usługi opiekuńcze ..... zł
4. Dochód osoby objętej usługami/ dochód rodziny ..... zł
5. Stałe, niezbędne i uzasadnione wydatki łącznie .....zł, związane z:
  - potrzebami mieszkaniowymi .....zł
  - przewlekłym leczeniem .....zł
  - koniecznością rehabilitacji .....zł
  - zakupem leków .....zł
  - artykułów higienicznych pielęgnacyjnych .....zł
  - stosowaniem zalecanej diety .....zł
  - innymi potrzebami (wymienić jakie) .....zł
  - .....zł
6. Średnia miesięczna kwota proponowanego zwolnienia .....zł
7. Częściowe zwolnienie (realizacja usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych w ramach projektów lub programów współfinansowanych ze środków unijnych.\*
8. Całkowite zwolnienie z ponoszenia opłat ze względu na:
  - ponoszenie opłat za pobyt członka rodziny w domu pomocy społecznej, ośrodku wsparcia lub innej placówce .....
  - .....
  - .....
  - więcej niż jedną osobę w tym samym gospodarstwie domowym wymaga pomocy w formie usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych .....
  - .....
  - .....
  - poniesienia strat materialnych w wyniku zdarzeń losowych lub klęski żywiołowej .....
  - .....
  - .....

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

\* nieodpowiednie skreślić