



Załącznik nr 1 do Indywidualnego Planu Usług Społecznych

Potwierdzenie przyjęcia przez CUS w Bukowsku	
Data przyjęcia wniosku	
Numer wniosku	
Podpis osoby przyjmującej wniosek	

## Wniosek o ustalenie usług społecznych

### 1. Dane personalne osoby składającej wniosek/rodzica, opiekuna prawnego, przedstawiciela ustawowego.

Imię		Nazwisko	
Data urodzenia		PESEL	
Obywatelstwo		Stan cywilny	
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna	Stopień niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
			<input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Znaczny
Adres zamieszkania	Miejscowość	Kod pocztowy	
	Ulica	Nr domu/ mieszkania	
Numer telefonu		Adres e-mail	

### 2. Dane dziecka

Składam wniosek na udzielenie usług społecznych dla małoletniego dziecka:

Imię		Nazwisko	
Data urodzenia		PESEL	
Stopień pokrewieństwa	<input type="checkbox"/> Rodzic <input type="checkbox"/> Opiekun prawny <input type="checkbox"/> Inny .....	Stopień niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
			<input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Umiarkowany Znaczny
Adres zamieszkania	Miejscowość	Kod pocztowy	
	Ulica	Nr domu/ mieszkania	



**3. Składam wniosek na następujące usługi społeczne: (Proszę właściwe zaznaczyć)**

<input type="checkbox"/> Pomoc Finansowa/rzeczowa	<input type="checkbox"/> Świetlica/Placówka Wsparcia Dziennego
<input type="checkbox"/> Praca socjalna	<input type="checkbox"/> Świetlica Socjoterapeutyczna
<input type="checkbox"/> Asystent rodziny	<input type="checkbox"/> Zajęcia logopedyczne
<input type="checkbox"/> Klub Senior + w Tokarni	<input type="checkbox"/> Poradnictwo psychologiczne
<input type="checkbox"/> Kierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy w Wolicy	<input type="checkbox"/> Poradnictwo psychologiczne dla dziecka
<input type="checkbox"/> Kierowanie do Domu Pomocy Społecznej	<input type="checkbox"/> Terapia specjalistyczna ds. przemocy w rodzinie i przeciwdziałania alkoholizmowi, psycholog
<input type="checkbox"/> Usługi opiekuńcze	<input type="checkbox"/> Wsparcie rodziny w procesie powrotu dziecka do rodziny biologicznej oraz pomoc rodzicom zagrożonym przemieszczeniem małoletniego dziecka do placówki wychowawczej
<input type="checkbox"/> Specjalistyczne usługi opiekuńcze	<input type="checkbox"/> Doradztwo zawodowe indywidualne
<input type="checkbox"/> Sąsiedzkie usługi opiekuńcze	<input type="checkbox"/> Doradztwo zawodowe grupowe
<input type="checkbox"/> Usługi całodobowej opieki na odległość „Teleopieka”	<input type="checkbox"/> Usługa kulturalna
	<input type="checkbox"/> Inne.....

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(podpis wnioskodawcy  
rodzica/opiekuna prawnego)

**Oświadczenie**

**Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia przewidzianej w art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny ( Dz. U. z 2020 r. poz. 1444 z późn. zm. )**

§ 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 m-cy do lat 8.

§ 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.

**Oświadczam, co następuje:**

- zamieszkuje na terenie gminy Bukowsko

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy/  
rodzica/opiekuna prawnego)