**WNIOSEK O PRZYZNANIE WSPARCIA**

**W FORMIE POBYTU W MIESZKANIU WSPOMAGANYM**

**dla osób z chorobami neurologicznymi w tym z chorobą Parkinsona, chorobą Alzheimera oraz osób starszych**

WZÓR - PROPOZYCJA

**Część I (Wypełnia potencjalny mieszkaniec/opiekun prawny)**

Imię i nazwisko Imię i nazwisko wnioskodawcy:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Data:…………………………………………………………………………………..

1. Wnioskuję o pobyt w mieszkaniu wspomaganym na czas określony, to jest………………………../ na stałe[[1]](#footnote-1) **UWAGA! Rekomenduje się przyznawanie usługi MW dla ww. kategorii odbiorców na czas nieokreślony, chyba, że wnioskodawca sam proponuje inny zakres**
2. Wnioskodawca jest osobą:

* Osoba samotna lub pozbawiona wsparcia rodziny (osoby o ograniczonej samodzielności i nie posiadające wsparcie ze strony rodziny i najbliższych osób),
* Osoba spełniająca kryterium, wskazujące na schorzenia,, upoważniające do wsparcia w MW lub jest osobą starszą, której wsparcie jest niezbędne (należy załączyć dostępne zaświadczenia lekarskie lub inną dokumentację)
* Nie wymaga opieki całodobowej (należy dołączyć odpowiednio zaświadczenie lekarskie)

***………………………………………………………………………….***

(czytelny podpis wnioskodawcy)

**Część II** (Wypełnia: Opiekun Mieszkania we współpracy z innymi osobami, powołanymi do Komisji przyznającej wsparcie w formie mieszkania wspomaganego, w szczególności pracownik socjalny, lekarz POZ, pielęgniarka środowiskowa). **Konieczne jest przygotowanie Regulaminu pracy Komisji**

UWAGA: Kryteria szczegółowe opracowuje każda z gmin, w zależności od indywidualnej sytuacji lokalnej oraz szczegółowo zdiagnozowanych potrzeb.

**Proponowany zestaw** kryteriów, weryfikujących **wstępnie** kwalifikowalność osoby do skorzystania z usługi w formie mieszkania wspomaganego dla ww. kategorii odbiorców:

|  |  |
| --- | --- |
| **Kryteria podstawowe** | **TAK/NIE**  (niepotrzebne skreślić) |
| **(opcjonalnie**) Dochód wnioskodawcy nie przekracza …………..% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie) z ustawy z 12.03.2004 r. o pomocy społecznej . | TAK/NIE |
| Wnioskodawca to osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczająca wielokrotnego wykluczenia społecznego. | TAK/NIE |
| Wnioskodawca to osoba o takim stopniu samodzielności, który umożliwia niezależne funkcjonowanie ze wsparciem zindywidualizowanym, w celu utrzymania lub zwiększenia dotychczasowego stopnia samodzielności. [[2]](#footnote-2) | TAK/NIE |
| Wnioskodawca spełnia kryteria dostępności związane z przynależnością do ww. kategorii odbiorców (osoby z chorobami neurologicznymi, w tym chorobą Parkinsona, Alzheimera oraz osoby starsze) | TAK/NIE |
| Inne kryteria dodatkowe………………………………………………. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Proponowany wstępnie rodzaj i zakres świadczonego wsparcia** | **Liczba godzin**  (proszę wskazać) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Inne uwagi dodatkowe:

……………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………..

**Część III (Wypełnia Opiekun Mieszkania lub inna powołana osoba )**

Na podstawie zebranych informacji przyznaję uczestnikowi zakwaterowanie w mieszkaniu

wspomaganym…………………………………………………………………………………………………………………………….

(adres mieszkania wspomaganego)

Na okres: …………………………………………………………………………………………………………

…………………………………. ……………………………………

Miejscowość, data Podpis

1. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)
2. Należy skorzystać ze skali ADL lub innych, dodatkowych narzędzi, służących określeniu stopnia sprawności funkcjonalnej wnioskodawcy, zgodnie z sugestią lekarza POZ lub pielęgniarki środowiskowej, którzy powinni być członkami zespołu kwalifikującego do zamieszkania w MW [↑](#footnote-ref-2)