Wrocław, dnia.............................

Imię i Nazwisko.......................................................

................................................................................

(dane osoby niepełnosprawnej)

Adres zam................................................................

.................................................................................

Tel............................................................................

 MIEJSKI OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ

 DZIAŁ ADAPTACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

 Ul. Strzegomska 6 Wrocław

 PODANIE

 Proszę o przyznanie usług opiekuńczych w formie opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego w miejscu zamieszkania,

w wymiarze:

1. W okresie od dnia …………………. 2019r., do dnia …………………. 2019r.
2. W wymiarze: …………………. dni robocze w tygodniu w ilości po …………………. godzin dziennie oraz w weekendy (o ile dotyczy) w ilości po …………………. godzin w sobotę i …………………. godzin w niedzielę.

 ..........................................

 (podpis klienta/opiekuna)