

Dział Świadczeń w miejscu

Proszę o wydanie Pani/Panu
decyzji przyznającej usługi wsparcia krótkoterminowego w formie:

- ☐ pobytu całodobowego
- ☐ pobytu dziennego w ilości godzin dziennie

na okres od do (łącznie ilość dni / ilość godzin)*

Na dochód Pani/Pana składają się:

.....
.....

Łączna wysokość dochodu, co stanowi % kryterium dla osoby samotnej.

Pani/Pan wyraża zgodę/nie wyraża zgody* na ponoszenie pełnej
odpłatności za przyznanie usługi wsparcia krótkoterminowego.

Odpłatność Pani/Pana za dzień/godzinę* usług wsparcia
krótkoterminowego ustalona na podstawie Uchwały Nr LXV/762/23 Rady Miasta Kędzierzyn-
Koźle z dnia 21 grudnia 2023 r. w sprawie szczegółowych warunków przyznawania usług
wsparcia krótkoterminowego świadczonego w formie dziennej i w formie pobytu
całodobowego oraz warunków odpłatności za te usługi oraz szczegółowych warunków
częściowego lub całkowitego zwolnienia od opłat, jak również trybu ich wynosi zł.

Pełna odpłatność zł

Odpłatność klienta zł

Odpłatność Gminy Kędzierzyn-Koźle zł

.....
miejscowość, data

.....
pieczęć i podpis pracownika socjalnego

*niepotrzebne skreślić