*………………………………………………………*

 (miejsce i data uzgodnień)

**UZGODNIENIA**

(na podstawie art. 53 ust 10 ustawy o pomocy społecznej)

I. Strony uzgodnień:

1. Dane osoby ubiegającej się o wsparcie w mieszkaniu chronionym:

Nazwisko……………………………… Imię……………………………………

PESEL .………………………………………

 2. Dane pracownika socjalnego podmiotu kierującego – OPS:

Nazwisko……………………………… Imię……………………………………

Numer telefonu kontaktowego…………………...………………………………

1. Dane Kierownika Ośrodka Dziennego Pobytu Osób Starszych i Mieszkań Chronionych w Górze:

Nazwisko……………………………… Imię……………………………………

Numer telefonu kontaktowego…………………...………………………………

 II. Uzgodnienia:

1. Cel pobytu:

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

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

1. Okres pobytu:

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

1. Rodzaj i zakres świadczonego wsparcia:

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

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

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

1. Odpłatność osoby korzystającej ze wsparcia:

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

1. Sposób zgłaszania planowanej nieobecności w mieszkaniu chronionym:

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

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

6. Zasady i sposób realizacji programu usamodzielniania osoby korzystającej ze wsparcia lub programu wspierania osoby:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj planowanego działania | Osoba podejmująca działanie | Termin realizacji |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 III. Uzgodnienia zostały sporządzone w trzech jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze stron.

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

(osoba ubiegająca się o wsparcie) (pracownik socjalny OPS w Górze)

…………………………………..

(kierownik Dziennego Pobytu Osób Starszych

 i Mieszkań Chronionych w Górze)