

**WNIOSEK  
OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O MIEJSCE W MIESZKANIU WSPOMAGANYM  
IM. KS. CZESŁAWA WALI W RUDNIKU NAD SANEM**

<b>DANE OSOBOWE KANDYDATA</b>	
Imię	
Nazwisko	
PESEL	
<b>DANE TELEADRESOWE</b>	
Ulica	
Nr domu/nr lokalu	
Kod pocztowy	
Miejscowość	
Województwo	
<b>SYTUACJA ZDROWOTNA</b>	
Niepełnosprawność intelektualna	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Niepełnosprawność z zespołem Downa	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Stopień niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> LEKKI <input type="checkbox"/> UMIARKOWANY <input type="checkbox"/> ZNACZNY <input type="checkbox"/> GŁĘBOKI
Ważność orzeczenia	Orzeczenie ważne do .....
Ubezważnowolnienie	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> CZĘŚCIOWO <input type="checkbox"/> CAŁKOWICIE <input type="checkbox"/> NIE
Opiekun prawny	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<b>SYTUACJA ZAWODOWA</b>	
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> niepełne podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> zawodowe <input type="checkbox"/> średnie <input type="checkbox"/> wyższe
Zatrudniony	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Aktualne/ostatnie miejsce zatrudnienia	
<b>SYTUACJA SOCJALNA</b>	
Źródło dochodu	
Wysokość dochodu netto	
Aktualna sytuacja mieszkaniowa	<input type="checkbox"/> mieszkam samodzielnie <input type="checkbox"/> mieszkam z rodziną <input type="checkbox"/> inne (jaki .....) )

Standard aktualnego mieszkania	Ogrzewanie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie Ciepła woda <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie Łazienka <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie WC <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie Osobny pokój <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Korzystanie z ośrodków wsparcia	<input type="checkbox"/> dom pomocy społecznej <input type="checkbox"/> specjalistyczne usługi opiekuńcze <input type="checkbox"/> środowiskowy dom samopomocy <input type="checkbox"/> warsztaty terapii zajęciowej <input type="checkbox"/> klub integracji społecznej <input type="checkbox"/> klub samopomocy <input type="checkbox"/> inne .....
Nazwa ośrodka wsparcia/placówki oświatowej	od kiedy .....
Przyczyna wystąpienia z wnioskiem o przyznanie miejsca w mieszkaniu wspomaganym (można zaznaczyć kilka wariantów)	<input type="checkbox"/> ubóstwo <input type="checkbox"/> bezdomność <input type="checkbox"/> bezrobocie <input type="checkbox"/> niepełnosprawność <input type="checkbox"/> przemoc w rodzinie <input type="checkbox"/> bezradność w prowadzeniu gospodarstwa domowego <input type="checkbox"/> sytuacja kryzysowa <input type="checkbox"/> potrzeba uzyskania wsparcia w aktywizacji zawodowej
<b>OSOBA DO KONTAKTU/ OPIEKUN PRAWNY</b>	
Imię i nazwisko	
Telefon	

*\*niepotrzebne skreślić*

Podpis kandydata/opiekuna prawnego\*

.....