**Załącznik nr 1 do Regulaminu**

**INZ……………………………………………..**

(Indywidualny numer zgłoszeniowy - wypełnia Realizator)

**FORMULARZ REKRUTACYJNY KANDYDATA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE**

**pn. ”Bezpiecznie we własnym domu-usługi sąsiedzkie i teleopiekuńcze”**

realizowanego przez Gminę Brzozów.

1. **DANE KANDYDATA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE.**

|  |
| --- |
| **KANDYDAT** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | **Imię i nazwisko** |  | | | | | | | | | | | |
| 2 | **Nr PESEL** |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 3 | **Płeć** | ❑ kobieta ❑ mężczyzna | | | | | | | | | | | |
| 4 | **Wiek w chwili przystąpienia do projektu** |  | | | | | | | | | | | |
| 5 | **Wykształcenie** | ❑ Niższe niż podstawowe ❑ podstawowe ❑ gimnazjalne  ❑ ponadgimnazjalne ❑ policealne ❑ wyższe | | | | | | | | | | | |
| 6 | **Dane kontaktowe** | Województwo: | | | | | Powiat: | | | | | | |
| Gmina: | | | | | Miejscowość: | | | | | | |
| Ulica: | | | | | Nr budynku: | | | | | | |
| Nr lokalu: | | | | | Kod pocztowy: | | | | | | |
| Telefon kontaktowy: | | | | | | | | | | | |
| Adres email: | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 7 | **Adres zamieszkania:** |  | |
| 8 | **Jestem niepełnosprawny** należy dołączyć kopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne | | ❑ TAK ❑ NIE  ❑ ODMOWA PODANIA INFORMACJI |
| 9 | **Specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności:** | | kontakt w języki migowym  ❑ TAK ❑ NIE  Inne, jakie?..........................................  ……………………………………………… |
| 10 | **Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia** | | ❑ TAK  ❑ NIE  ❑ ODMOWA PODANIA INFORMACJI |
| 11 | **Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem  z dostępu do mieszkań** | | ❑ TAK ❑ NIE |
| 12 | **Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (niż wymienione powyżej w pkt. 8-11)** | | ❑ TAK ❑ NIE  ❑ ODMOWA PODANIA INFORMACJI |
| 13 | **a) w moim miejscu zamieszkania stale dostępny jest sygnał telefonii komórkowej,** | | ❑ TAK ❑ NIE |
| **b) nie ma żadnych innych przeszkód technicznych, które uniemożliwiałby lub utrudniałyby świadczenie usług teleopiekuńczych,** | | ❑ TAK ❑ NIE |
| **c) nie ma żadnych przeciwskazań medycznych do korzystania przeze mnie z usług teleopiekuńczych.** | | ❑ TAK ❑ NIE |

1. **INFORMACJA O SPEŁNIANIU KRYTERIÓW FORMALNYCH KANDYDATA DO UDZIAŁU   
   WPROJEKCIE**

**Imię i Nazwisko kandydata:…………………………………………………………………………………….**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CZĘŚĆ A** | | | | |
| **Lp.** | **KRYTERIA FORMALNE UDZIAŁU W PROJEKCIE**  **(wypełnia Kandydat)** | | **OCENA**  **(wypełnia Realizator)** |
| 1. | Miejsce zamieszkania kandydata na terenie Gminy Brzozów | | ……….. |
| □ TAK | □ NIE |
| 2. | Wiek powyżej 60 lat | | ……….. |
| □ TAK | □ NIE |
| 3. | Status osoby niesamodzielnej, tj. osoby która ze względu na stan zdrowia/niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego |  | ………… |
| □TAK | □ NIE |
| **SPEŁNIANIE KRYTERIÓW FORMALNYCH PRZEZ KANDYDATA** | | | □TAK □NIE |

***Uwaga: w przypadku niespełniania, chociaż jednego z kryteriów formalnych przez kandydata, Formularz rekrutacyjny nie podlega dalszej oceni***

# INFORMACJA O SPEŁNIANIU KRYTERIÓW DODATKOWYCH

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **CZĘŚĆ B** | | | | |  | |
| **Lp.** | **KRYTERIA DODATKOWE**  **(wypełnia Kandydat)** | | | **OCENA**  **(wypełnia Realizator)** |
| 1 | **Czy Pana/ Pani dochody nie przekraczają 150% kryteriów dochodowych ustalonych w oparciu  o ustawę o pomocy społecznej** | | | TAK –10punktów  NIE – 0 punktów |
| □ TAK | □ NIE | | ………………………… |
| 2 | **Czy doświadcza Pan/Pani wielokrotnego wykluczenia społecznego** **rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z przesłanek, o których mowa  w rozdziale 3 pkt 15 Wytycznych w zakresie zasad realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020** | | | TAK – 2 punktów  NIE – 0 punktów |
| □ TAK | □ NIE | | ………………………… |
| 3 | **Czy posiada Pan/Pani orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności?** | | | TAK – 2 punktów  NIE – 0 punktów |
| □ TAK | | □ NIE | ………………………… |
| 4 | **Czy jest Pan/Pani osobą posiadającą niepełnosprawność sprzężoną** | | | TAK – 2 punkty  NIE – 0 punktów |
| □ TAK | | □ NIE | ………………………… |
| 5 | **Czy jest Pan/Pani osobą posiadającą zaburzenia psychiczne, w tym niepełnosprawność intelektualną i/lub całościowe zaburzenia rozwojowe?** | | | TAK – 2 punktów  NIE – 0 punktów |
| □ TAK | □ NIE | | ………………………… |
| 6 | **Czy korzysta Pan/Pani z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 (dalej POPŻ), a zakres wsparcia w ramach niniejszego projektu nie będzie powielał działań, które Pan/Pani otrzymuje z POPŻ w ramach działań towarzyszących, o których mowa w POPŻ?** | | | TAK – 2 punkt  NIE – 0 punktów |
|  | □ TAK | □ NIE | | ………………………….. |
| **SUMA PUNKTÓW** | | | |  |  | |
| **PODSUMOWANIE UZYSKANEJ PUNKTACJI (wypełnia Realizator)** | | | | |  |  |
|  | | | | | | | |

# INFORMACJA O SPEŁNIANIU KRYTERIÓW- WYBÓR KANDYDATA DO OBJĘCIA WSPARCIEM TELEOPIEKI

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CZĘŚĆ C** | | |
| **KRYTERIA FORMALNE UDZIAŁU W PROJEKCIE**  **(wypełnia Kandydat)** | | **OCENA**  **(wypełnia Realizator)** | |
| Czy posiada Pan/Pani schorzenia o charakterze nieprzewidywalnym, które wymagają stałej czujności osoby i reagowania na zmieniające się parametry takie jak:  a) cukrzyca,  b) choroby układu krążenia,  c) zaburzona mobilność,  d) choroby które objawiają się problemami z pamięcią i mogą powodować niekontrolowane oddalenie się z  miejsca zamieszkania (demencja, choroba Alzheimera, choroby psychiczne),  e) inne…………………………………………  *podać jakie* | | **(0-10 pkt)**  ……….. | |
| □ TAK | □ NIE |
| Czy posiada Pan/Pani trudną sytuację bytową np.  a) jest Pan/Pani osobą samotnie mieszkającą,  b) jest Pan/Pani osobą niemającą stałego kontaktu z rodziną,  c) jest Pan/Pani osobą mieszkającą w miejscu oddalonym od sąsiadów,  d) jest Pan/Pani osobą mieszkającą z osobami również wymagającymi opieki (choroby współmieszkańców), będących pod opieką osób, które długotrwale opuszczają dom w związku z pracą zawodową,  e) inne…………………………………………  *podać jakie* | | **(0-5 pkt=**  ……….. | |
| □ TAK | □ NIE |

# OŚWIADCZENIEKANDYDATA

Ja niżej podpisany/a.............................................................................................................................

*(imię i nazwisko)*

legitymujący/a się dowodem osobistym seria /nr................................................................,  
numer PESEL....................................................................................................................................

oświadczam, że:

* zamieszkuję na terenie Gminy Brzozów
* jestem osoba niesamodzielną,
* ukończyłam/em 60 rok życia,
* doświadczam wielokrotnego wykluczenia społecznego, rozumianego jako wykluczenie  
  z powodu więcej niż jednej z przesłanek, o których mowa w rozdziale 3 pkt 15 Wytycznych w zakresie zasad realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego  
  i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020, tj. :

1. osoby lub rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą  
   z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,
2. osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 Ustawy z dnia 13 czerwca 2003r.o zatrudnieniu socjalnym,
3. osoby z niepełnosprawnością – osoby niepełnosprawne w rozumieniu Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. z 2019 poz. 1172 z późn. zm.), a także osoby  
   z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994r.  
   o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2018 r. poz. 1878 z późn. zm.), tj. osoby  
   z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia;
4. członkowie gospodarstw domowych – sprawujący opiekę nad osobą  
   z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością,
5. osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu,
6. osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań –w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020,
7. osoby odbywające kary pozbawienia wolności,
8. osoby korzystające z PO PŻ,

* znajduję się w niekorzystnej sytuacji finansowej, mój dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę   
  w rodzinie), o których mowa w ustawie z dn. 12.03.2004 r. o pomocy społecznej,
* mój dochód przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie), o których mowa w ustawie z dn. 12.03.2004 r. o pomocy społecznej i wynosi ……………………………………… zł,
* posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1172 z późn.zm.) w zakresie niepełnosprawności sprzężonej oraz zaburzeń psychicznych, w tym niepełnosprawności intelektualnej oraz całościowych zaburzenia rozwojowych,
* jestem osobą samotną, czyli osobą samotnie gospodarującą, nie pozostającą w związku małżeńskim i nie posiadającą wstępnych ani zstępnych;
* jestem osobą samotnie gospodarującą czyli osobą prowadzącą jednoosobowe gospodarstwo domowe;
* jestem osobą w rodzinie, gdzie rodzina nie może z uzasadnionej przyczyny, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości , zapewnić odpowiedniej pomocy.
* jestem osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020,
* zapoznałam/łem się z zapisami Regulaminu uczestnictwa w projekcie, które akceptuję  
  i w przypadku zakwalifikowania do Projektu deklaruję ich przestrzeganie, jednocześnie przyjmuję do wiadomości możliwość zmiany Regulaminu i zobowiązuję się każdorazowo do zapoznania się ze zmianami w wyżej wymienionym dokumencie w całym okresie realizacji Projektu,
* zostałam/łem poinformowana/ny, że Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego,
* w przypadku zakwalifikowania mnie do udziału w Projekcie zobowiązuje się do podpisania umowy uczestnictwa w projekcie (przed otrzymanym wsparciem)i deklaracji uczestnictwa w Projekcie oraz oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (obydwa dokumenty podpisuje się w pierwszym dniu otrzymanego wsparcia).

**Gromadzenie i przetwarzania danych osobowych:**

Wyrażam dobrowolną zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu (zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia  
1997 r. o ochronie danych osobowych Dz. U. z 2018 r. poz. 1000 z późn. zm.), do celów związanych z rekrutacją i monitoringiem projektu pn: „Bezpiecznie we własnym domu-usługi sąsiedzkie i teleopiekuńcze” nr RPPK.08.03.00-18-0041/20, realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020 oś priorytetowa VIII. Integracja Społeczna, Działanie 8.3 Zwiększenie dostępu do usług społecznych   
i zdrowotnych, Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Rzeszowie z siedzibą ul. Naruszewicza 11, 35-055 Rzeszów i innych instytucji, odpowiedzialnych za realizację/nadzór/kontrolę/monitoring programów w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020;

1. oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowana/ny o prawie dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania;
2. oświadczam, że zostałem/zostałam poinformowany/poinformowana, że projekt jest finansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020, Działanie 8.3 Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych;
3. oświadczam, że zostałem/am poinformowany/-a o przyjętych kryteriach kwalifikacyjnych do udziału w projekcie pt. „Bezpiecznie we własnym domu-usługi sąsiedzkie i teleopiekuńcze” nr wniosku: RPPK.08.03.00-18-0041/20 realizowanym w okresie od 01.04.2021r. do 31.05.2023r.  
   w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020 przez Gminę Brzozów, Oś priorytetowa VIII. Integracja Społeczna, Działanie 8.3 Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych i wyrażam zgodę na mój udział w postępowaniu rekrutacyjnym;
4. oświadczam, że zapoznałem/am się i akceptuję oraz zobowiązuję się do przestrzegania postanowień Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie pn. .” „Bezpiecznie we własnym domu-usługi sąsiedzkie i teleopiekuńcze” współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Osi Priorytetowej VIII – Integracja społeczna, Działanie 8.3 – Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych, Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020 (RPO WP 2014-2020).Zobowiązuje się do niezwłocznego poinformowania Beneficjenta projektu – Gminę Brzozów o zmianach danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym (dane uczestnika/czki, dane kontaktowe, status).Jednocześnie przyjmuję do wiadomości możliwość zmiany Regulaminu, o którym mowa   
   i zobowiązuję się każdorazowo do zapoznania się ze zmianami w wyżej wymienionym dokumencie w całym okresie realizacji Projektu;
5. oświadczam, że zobowiązuję się do udziału w badaniach ankietowych związanych   
   z realizacją projektu, w tym również po zakończeniu projektu;

**Uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszym formularzu rekrutacyjnym są zgodne z prawdą.**

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

Miejscowość, data Czytelny podpis kandydata/tki

# POTWIERDZENIE ZŁOŻENIA DOKUMENTÓW(wypełnia pracownik Projektu)

Data i godzina złożenia dokumentów kandydata / kandydatki:

Data:………………………………………… Godzina:………………………………………

…………………………………………………

Podpis pracownika

# Wymagane dokumenty składane wraz z Formularzem rekrutacyjnym

|  |  |
| --- | --- |
| **Kryterium** | **Dokumenty potwierdzające** |
| Status osoby niesamodzielnej | Załączniki: zaświadczenie od lekarza rodzinnego o posiadaniu statusu osoby niesamodzielnej tzn. takiej, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożliwością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej  z podstawowych czynności dnia codziennego (takich jak np.: robienie zakupów, przygotowanie i spożywanie posiłków, utrzymanie higieny osobistej, sprzątanie i prowadzenie mieszkania, poruszanie się, wychodzenie z domu)załącznik nr 1 do Formularza rekrutacyjnego. |
| Niepełnosprawność | Załącznik: orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne w rozumieniu przepisów ustawy  z dnia 27 sierpnia 1997 r. rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. |

# OKAZANE PRZEZ KANDYDATA DOKUMENTY POTWIERDZAJĄCE SPEŁNIANIE KRYTERIÓW FORMALNYCH I DODATKOWYCH (WYPEŁNIA REALIZATOR):

* Oświadczenie o zamieszkaniu na terenie Gminy Brzozów;
* Oświadczenie uczestnika dotyczące wieku;
* Zaświadczenie lekarskie o niesamodzielności (Załącznik nr 2 do Regulaminu);
* Oświadczenie uczestnika o doświadczaniu zagrożenia ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, doświadczaniu wielokrotnego wykluczenia społecznego;
* Oświadczenie o znajdowaniu się w niekorzystnej sytuacji finansowej osoby   
  z niepełnosprawnościami i osoby niesamodzielne, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę   
  w rodzinie), o których mowa w ustawie z dn. 12.03.2004 r. o pomocy społecznej;
* Oświadczenie dotyczące posiadania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego w rozumieniu przepisów ustawy   
  z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1172 z późn.zm.);
* Posiadanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r.   
  o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych   
   (Dz. U. z 2019 r. poz. 1172 z późn.zm.) w zakresie niepełnosprawności sprzężonej oraz zaburzeń psychicznych, w tym niepełnosprawności intelektualnej oraz całościowych zaburzenia rozwojowych;
* Oświadczenie o byciu osobą samotną czyli osobą samotnie gospodarującą, nie pozostającą w związku małżeńskim i nie posiadającą wstępnych ani zstępnych;
* Oświadczenie o byciu osobą samotnie gospodarującą czyli osobą prowadzącą jednoosobowe gospodarstwo domowe;
* Oświadczenie o byciu osobą w rodzinie, gdzie rodzina nie może z uzasadnionej przyczyny, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości , zapewnić odpowiedniej pomocy.
* Oświadczenie o korzystaniu z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020;
* Inne…………………………………………………………………………………………………………………………………...…

Data: ………………………………………… …………………………………………

Podpis pracownika

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **DECYZJA REKRUTACYJNA** | |
| **KANDYDAT/KA ZAKWALIFIKOWANY/A DO UDZIAŁU W PROJEKCIE** | |
| **TAK 🞏** | **NIE 🞏** |
| **UZASADNIENIE** | |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Osoba oceniająca** | **Osoba oceniająca** |
| **Data:** | **Data:** |
| **Podpis:** | **Podpis:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Deklaracja bezstronności i poufności**  **Oświadczam, że**  1.Nie pozostaję w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa  (w linii prostej lub bocznej do II stopnia) z ocenianym Kandydatem/tką do projektu oraz nie jestem związany/a z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z ocenianym Kandydatem/ką do projektu.  2. Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie.  3. Zobowiązuje się wypełniać swoje obowiązki w sposób bezstronny, sumienny, uczciwy  i sprawiedliwy, zgodnie z posiadaną wiedzą.  4. Zachowam w tajemnicy wszystkie informacje i dokumenty udostępnione mi lub wytworzone przeze mnie lub przygotowane przeze mnie w trakcie lub jako rezultat oceny  i zgadzam się, że informacje te powinny być użyte tylko dla celów niniejszej oceny i nie powinny być ujawnione. Zobowiązuję się również nie zatrzymywać kopii jakichkolwiek pisemnych informacji związanych z niniejszą oceną. | |
| **Osoba oceniająca** | **Osoba oceniająca** |
| **Data:** | **Data:** |
| **Podpis:** | **Podpis:** |

**PODSUMOWANIE OCENY**

Kandydat/kandydatka SPEŁNIA / NIE SPEŁNIA (niewłaściwe skreślić): warunki udziału oraz

◻ kwalifikuje się ◻ nie kwalifikuje się

do objęcia wsparciem w ramach projektu pn. „Bezpiecznie we własnym domu - usługi sąsiedzkie

i teleopiekuńcze” w postaci:

◻ sąsiedzkich usług opiekuńczych ◻ usług teleopieki

Okres objęcia wsparciem od ………………………………...do ……….……………………………………

Łączny wymiar przyznanych godzin sąsiedzkich usług opiekuńczych na miesiąc

wynosi – …………… godzin.

Odpłatność za usługi:

◻ bezpłatnie ◻za odpłatnością

Ustalona cena godziny za dobrane usługi (uwzględniającą rodzaj usług) wynosi:

1. Sąsiedzkich usług opiekuńczych

………………… zł (słowie: ...……………………………… złotych).

Miesięczna opłata za usługi opiekuńcze wynosi: …………………….….zł

(słowie: ……………………………………………………………………………………………….. złotych)

1. Usług teleopieki

Miesięczna opłata za usługi teleopieki wynosi: …………………….….zł

(słowie: ……………………………………………………………………………………………….. złotych)