Załącznik do rozporządzenia

Ministra Rodziny i Polityki Społecznej

z dnia … (Dz. U. poz….)

 WZÓR

WNIOSEK O WYDANIE ZEZWOLENIA

 NA PROWADZENIE DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ/

1. Nazwa podmiotu / imię i nazwisko w przypadku osoby fizycznej, siedziba, adres, numer telefonu\* ....................................................................................................................................................... ....................................................................................................................................................... ....................................................................................................................................................... 2. Numer w rejestrze przedsiębiorców albo w Krajowym Rejestrze Sądowym albo wskazanie dokumentu określającego status prawny podmiotu ....................................................................................................................................................... ....................................................................................................................................................... ....................................................................................................................................................... 3. Numer identyfikacji podatkowej (NIP) ....................................................................................................................................................... 4. Numer identyfikacyjny REGON ....................................................................................................................................................... ....................................................................................................................................................... 5. Numer PESEL (w przypadku osoby fizycznej) ....................................................................................................................................................... 6. Nazwa, adres, numer telefonu i typ domu pomocy społecznej ....................................................................................................................................................... ....................................................................................................................................................... ....................................................................................................................................................... 7. Liczba miejsc przeznaczonych dla mieszkańców domu pomocy społecznej: ............................................................................................................................

8. Informacja o świadczeniu przez dom pomocy społecznej usług wsparcia krótkoterminowego:
- krótkoterminowego dziennego TAK/NIE\*

- krótkoterminowego całodobowego TAK/NIE\*

9. Czy planowane świadczenie usług wsparcia krótkoterminowego będzie realizowane przez:

- zmniejszenie liczby miejsc statutowych TAK/NIE\*

- utworzenie nowych miejsc TAK/NIE\*

10. Liczba planowanych miejsc wsparcia krótkoterminowego:

- krótkoterminowego dziennego ………

- krótkoterminowego całodobowego ………

9. Struktura zatrudnienia i zakres usług świadczonych przez poszczególne grupy personelu: ....................................................................................................................................................... ....................................................................................................................................................... ....................................................................................................................................................... .......................................................................................................................................................

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

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

 (miejscowość, data) (podpis osoby składającej wniosek)

Załączniki:

1) ................................................................

2) ................................................................

3) ................................................................ 4) .................................................................

5) .................................................................

6) .................................................................

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Niepotrzebne skreślić.