

WZÓR

Wniosek na środki finansowe gminy/powiatu..... z Programu "Opieka wytnieniowa" - edycja 2022 Pobyt całodobowy											
Załącznik 1B: "Opieka wytnieniowa w formie pobytu całodobowego"	Planowana liczba osób z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, którym będą świadczone usługi opieki wytnieniowej w formie pobytu całodobowego	Planowana liczba dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności, którym będą świadczone usługi opieki wytnieniowej w formie pobytu całodobowego	OGÓŁEM - PLANOWANA LICZBA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH, KTÓRYM BĘDĄ ŚWIADCZONE USŁUGI OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ W FORMIE POBYTU CAŁODOBOWEGO	OGÓŁEM - PLANOWANA LICZBA DNI POBYTU CAŁODOBOWEGO OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH (SUMA KOL. 5+6)	Planowana liczba dni pobytu całodobowego osób z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności	Planowana liczba dni pobytu całodobowego dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności	Planowany koszt 1 dnia usług opieki wytnieniowej w formie pobytu całodobowego, które będą świadczone w ośrodku wsparcia	Planowany całkowity koszt usług opieki wytnieniowej w formie pobytu całodobowego, które będą świadczone w ośrodku wsparcia	Planowany koszt 1 dnia usług opieki wytnieniowej w formie pobytu całodobowego, które będą świadczone w ośrodku/placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym wpisaną do rejestru właściwego wojewody	Planowany całkowity koszt usług opieki wytnieniowej w formie pobytu całodobowego, które będą świadczone w ośrodku/placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym wpisaną do rejestru właściwego wojewody	Planowany koszt 1 dnia usług opieki wytnieniowej w formie pobytu całodobowego, które będą świadczone w innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu lub jego opiekuna, które otrzyma pozytywną opinię gminy/powiatu realizującego Program
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Planowany całkowity koszt usług opieki wytnieniowej w formie pobytu całodobowego, które będą świadczone w innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu lub jego opiekuna prawnego, które otrzyma pozytywną opinię gminy/powiatu realizującego Program	Planowany koszt 1 godziny usług opieki wytnieniowej w formie pobytu całodobowego świadczonych osobie niepełnosprawnej w domu pomocy społecznej na podstawie uchwały przyjętej przez gminę lub powiat	Planowany całkowity koszt usług opieki wytnieniowej w formie pobytu całodobowego, które będą świadczone w ośrodku pomocy społecznej na podstawie uchwały przyjętej przez gminę lub powiat	OGÓŁEM - PLANOWANY CAŁKOWITY KOSZT POBYTU CAŁODOBOWEGO OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH (SUMA KOL. 8+10+12+14)	Koszt obsługi Programu (nie większy niż 2% wnioskowanych środków na jego realizację tj. nie więcej niż 2% kwoty z kolumny 15)	OGÓŁEM - CAŁKOWITA WNIOSKOWANA KWOTA ŚRODKÓW Z FUNDUSZU SOLIDARNOŚCIOWEGO NA REALIZACJĘ PROGRAMU (SUMA KOL. 15+16)	Wkład własny
12	13	14	15	16	17	18

Informacje opisowe			
Doświadczenie wnioskodawcy w realizacji zadań podobnego rodzaju (w tym wskazanie ewentualnej realizacji usług opieki wytnieniowej)	Kadra - kwalifikacje osób, przy udziale których realizowane będzie zadanie	Opis działań - zakres rzeczowy planowanego zadania	zasieg oddziaływania i dostępność dla odbiorców

* Do wniosku na środki finansowe należy dołączyć kalkulacje kosztów, o których mowa w dziale XI ust. 2 pkt 2 Programu.

.....
Data, podpis i pieczęć osoby upoważnionej