Załącznik nr 9 do swz/umowy

…………………………………

*Pieczątka jednostki organizacyjnej*

***Zgłoszenie pierwszego wejścia w środowisko***

…………………………………………

*Wykonawca usług*

W dniu ……………….. pracownik socjalny …………………………. zgłasza konieczność

(imię i nazwisko)

objęcia pomocą w formie **specjalistycznych usług opiekuńczych / specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi**

Pana/Pani ….………………..………….….. zamieszkałego/ej w Mysłowicach przy

(imię i nazwisko)

ul. ……….……………………………………………………………………………………….

**numer telefonu: ……………………………..**

**Numer telefonu do członka rodziny Pani/Pana (opcjonalnie) ……………………………**

w zakresie zgodnie z decyzją:

* Ilość dni w tygodniu: ……...
* Ilość godzin: ………………
* Pora dnia: ………………….

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

**Ważne informacje dotyczące Klienta i realizacji usług: .………………….……………... ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

Termin rozpoczęcia świadczenia usług ...............................................

Telefon kontaktowy pracownika socjalnego .................................................