Załącznik nr 1 do SOPZ

……………………………… Rzeszów, dnia ..…………………

(pieczęć MOPS w Rzeszowie )

**ZLECENIE REALIZACJI SPECJALISTYCZNYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH**

Proszę o podjęcie realizacji specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi (opieka\*/terapia\*) od dnia ………….…..………do dnia ………………………dla:

1.\* Małoletniego/ej …………………………………………………………reprezentowanego/nej przez przedstawiciel ustawowego Panią/Pana……………………………………………….…………………

2.\* Pani/Pana……………………………………………………………………………………………..

3.\* Pani/Pana ……………………………………………………osoby dorosłej, reprezentowanego/nej przez opiekuna prawnego Panią/Pana ……………………………………………………………………

4.\* Małoletniego/ej………………………………………………………… reprezentowanego/nej przez rodzica zastępczego Panią/Pana……………………………………………….………………………….

5.\*inne …………..………………………………………………………………………………………..

świadczonych w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy, tj.:

Rzeszów, ul. ……………………………………………………………………………………………,

w wymiarze……………………………………………………………………………………………. w okresie od…………..……... do ……………………

w zakresie: ………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………….

\* niepotrzebne skreślić ……………………………………….

(pieczątka i podpis pracownika MOPS w Rzeszowie )