Załącznik nr 2 do SOPZ

……………………………… Rzeszów, dnia .…………………

(pieczęć MOPS w Rzeszowie )

**WSTRZYMANIE REALIZACJI SPECJALISTYCZNYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH**

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

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

Uwagi:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(pieczątka i podpis pracownika MOPS w Rzeszowie )