

Kowary, dn.....

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Adres zamieszkania

Nr telefonu .....

Miejski Ośrodek Pomocy  
Społecznej w Kowarach  
ul. Zamkowa 5  
58-530 Kowary

### **W n i o s e k**

Proszę o przyznanie mi pomocy w formie podstawowych usług opiekuńczych w wymiarze ..... godzin dziennie.

Jednocześnie informuję, że obecnie mój stan zdrowia wymaga pomocy osoby drugiej, której we własnym zakresie nie mogę sobie zapewnić.

Ponadto zobowiązuję się do ponoszenia odpłatności za wyżej wymienione usługi zgodnie z decyzją Dyrektora Miejskiego Ośrodka w Kowarach w sprawie przyznania usług opiekuńczych.

.....  
(podpis osoby zainteresowanej)

#### Załączniki:

1. Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
2. Zaświadczenie o dochodach osoby lub rodziny wspólnie zamieszkującej