

(pieczęć ośrodka pomocy społecznej)

Data zawarcia kontraktu

.....

KONTRAKT

określający sposób współdziałania między:
osobą/rodziną a asystentem osoby niepełnosprawnej / opiekunem osoby starszej* i instytucją pomocy społecznej w zakresie świadczenia usług asystenckich / opiekuńczych realizowanych w ramach projektu „Usługi społeczne i zdrowotne w powiecie krotoszyńskim”

I. Strony kontraktu

1. Dane osoby/rodziny^{*)} zawierającej kontrakt:

| | | | |
|---|----------------------------|---|---|
| 1 | Nazwisko | 2 | Imię |
| 3 | Adres zamieszkania /pobytu | 4 | Numer PESEL lub nazwa i numer dokumentu tożsamości w przypadku braku numeru PESEL |
| 1 | Nazwisko | 2 | Imię |
| 3 | Adres zamieszkania /pobytu | 4 | Numer PESEL lub nazwa i numer dokumentu tożsamości w przypadku braku numeru PESEL |

* Podkreśl prawidłowe dane

¹⁾ W przypadku rodziny wpisać w kolejnych rubrykach dane wszystkich członków rodziny, których będą dotyczyć postanowienia kontraktu.

2. Dane asystenta osoby niepełnosprawnej/ opiekuna osoby starszej* ośrodka.

| | | |
|----------|------|--------------------------|
| Nazwisko | Imię | Nr telefonu kontaktowego |
| | | |

II. Dane instytucji.

| | | |
|--|-------|--------------------------|
| Pieczeńka instytucji | Adres | Nr telefonu kontaktowego |
| | | |
| Dane pracownika socjalnego (imię i nazwisko) | | Nr telefonu kontaktowego |
| | | |

III. Ustala się świadczenie usług asystenta osoby niepełnosprawnej/opiekuna osoby starszej* w poniższym zakresie:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

IV. Zakres godzinowy wsparcia obejmuje (liczba godzin) w miesiącu.

V. Usługa będzie świadczona przez asystenta osoby niepełnosprawnej/opiekuna* w miejscu zamieszkania beneficjenta.

VI. Zasady uczestnictwa w Projekcie określa Regulamin rekrutacji.

VII. Czas trwania wsparcia ustalany jest z beneficjentem na podstawie rozeznaczonych potrzeb przez pracownika socjalnego.

VIII. Kontrakt socjalny został sporządzony w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

.....
(data i podpis osoby zawierającej kontrakt)

.....
(data i podpis asystenta/opiekuna)

.....
(data, podpis i pieczęćka pracownika socjalnego)

* podkreśl prawidłowe dane