**WNIOSEK O ZEZWOLENIE NA PROWADZENIE W RAMACH DZIAŁALNOŚCI STATUTOWEJ PLACÓWKI ZAPEWNIAJĄCEJ CAŁODOBOWĄ OPIEKĘ OSOBOM NIEPEŁNOSPRAWNYM, PRZEWLEKLE CHORYM LUB OSOBOM W PODESZŁYM WIEKU**

1. Nazwa placówki ……………………………………………………………………………

2. Adres placówki .…………………………………………………………………………….

3. Numer telefonu placówki ………………… numer faksu placówki2) ………………………

adres e-mail placówki2) ……………………………………….……………………………

4. Przeznaczenie placówki ……………………………………………………………………

5**.**Liczba miejsc dla mieszkańców ……………………………………………………….……

6**.**Struktura zatrudnienia i zakres usług świadczonych w placówce

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

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

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

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

7**.** Dane o:

1) podmiocie występującym z wnioskiem1):

nazwa ……………………………………………………………………………...........

adres …………………………………………………………………………………….

numer telefonu …………………………..... numer faksu2) …………………………..

adres e-mail2) ……………………………………………………………………………

numer identyfikacji podatkowej NIP3) ………………………………………………….

numer w Krajowym Rejestrze Sądowym ………………………………………………

imię i nazwisko osoby reprezentującej lub pełnomocnika ………………………..……

adres osoby reprezentującej lub pełnomocnika ……………………………………........

…………………………………………………………………………………………...

numer telefonu osoby reprezentującej lub pełnomocnika2) …………………………….

numer faksu osoby reprezentującej lub pełnomocnika2) ………………………………..

adres e-mail osoby reprezentującej lub pełnomocnika2) ………………………………...

2) osobie, która będzie kierowała placówką:

imię i nazwisko …………………………………………………………………………….

adres do doręczeń ……………………………………………………………………….....

numer telefonu2) …………………………………………………………………………...

8**.**Wnoszę o wydanie zezwolenia na czas określony/nieokreślony1).

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………. | ………………………………….. |
| (miejscowość, data) | (podpis osoby upoważnionej do złożenia wniosku) |

Załączniki4):

1) ………………………………………………........……………………………………..

2) …………………………………………………………………………………………..

3) …………………………………………………………………………………………..

4) …………………………………………………………………………………………..

5) …………………………………………………………………………………………..

6) …………………………………………………………………………………………..

7) …………………………………………………………………………………………..

Potwierdzam przyjęcie wymienionych we wniosku załączników.

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………. | ………………………………….. |
| (miejscowość, data) | (podpis osoby przyjmującej wniosek) |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1) Niepotrzebne skreślić.

2) O ile posiada.

3) Należy wpisać numer, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa.

4) Do wniosku należy dołączyć:

1) dokumenty potwierdzające tytuł prawny do nieruchomości, na której jest usytuowany dom;

2) zaświadczenie organu nadzoru budowlanego potwierdzające możliwość użytkowania obiektu budowlanego określonego w kategorii XI załącznika do ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. – Prawo budowlane;

3) koncepcję prowadzenia placówki;

4) informację o sposobie finansowania placówki i niezaleganiu z płatnościami wobec urzędu skarbowego i składkami do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych;

5) informację z Krajowego Rejestru Karnego o niekaralności osoby, która będzie kierowała placówką   
i zaświadczenie, że ze względu na stan zdrowia jest ona zdolna do prowadzenia placówki;

6) oświadczenie wnioskującego, że nie został prawomocnie ukarany za czyny, o których mowa w art. 130 ust.   
4–6 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, w okresie 5 lat poprzedzających dzień złożenia wniosku o wydanie zezwolenia na prowadzenie placówki;

7) pełnomocnictwo, jeżeli podmiot działa przez pełnomocnika.