Załącznik nr 1

...........................................................................

(pieczęć OPS)

.............................................................

(miejscowość, data)

**LISTA OSÓB UPRAWNIONYCH, KTÓRE MOGĄ BYĆ SKIEROWANE DO WYKONYWANIA
PRAC SPOŁECZNIE UŻYTECZNYCH
NA TERENIE GMINY**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwisko i imię** **,,osoby uprawnionej”** | **Numer PESEL****(a w przypadku braku nr PESEL – serię i nr paszportu lub nazwę i numer innego dokumentu potwierdzającego tożsamość)** | **Miejsce zamieszkania lub miejsce pobytu** | **Uczestnictwo w kontrakcie socjalnym, indywidualnym programie usamodzielnienia, lokalnym programie pomocy społecznej lub indywidualnym programie zatrudnienia socjalnego** | **Osoby wskazane do wykonywania prac społecznie użytecznych związanych z realizacją codziennych obowiązków domowych na rzecz opiekunów osób niepełnosprawnych** | **Uwagi**  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

................................................................................

(pieczęć i podpis kierownik OPS lub osoby działającej
 w imieniu kierownika OPS)