……………………………………………….

(pieczęć podmiotu wnioskującego  
 o wydanie zezwolenia)

**WNIOSEK DO BURMISTRZA MIASTA ŻARY**

**O WYDANIE ZEZWOLENIA NA PROWADZENIE PLACÓWKI WSPARCIA DZIENNEGO**

Na podstawie art. 18 oraz art. 19 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 roku o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (t. j. Dz.U. z 2015r. poz. 332 ze zm.)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **I. DANE IDENTYFIKACYJNE WNIOSKODAWCY** | | |
| **1. Nazwa wnioskodawcy** | | |
| **2. NIP** | **3. REGON** | **4. Nr właściwego rejestru** |
| **5. Nazwiska i imiona osób upoważnionych** | | |
| **6. Adres wnioskodawcy** | | |
| **II. DANE DO WNIOSKU O WYDANIE ZEZWOLENIA NA PROWADZENIE PLACÓWKI WSPARCIA DZIENNEGO** | | |
| **1. Nazwa placówki wsparcia dziennego** | | |
| **2. Forma organizacyjna placówki wsparcia dziennego** ( art. 24 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 roku o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (t. j. Dz.U. z 2015r. poz. 332 ze zm.))  □ opiekuńcza  □ specjalistyczna  □ praca podwórkowa  □ forma połączona, (wskazać jakie) ……………………………………………………………………………………….. | | |
| **3. Miejsce prowadzenia placówki wsparcia dziennego (adres)** | | |
| **4. Dane do kontaktu** | | |
| 4.1. Numer telefonu | | 4.2. Adres poczty elektronicznej |
| **III. INFORMACJA O LICZBIE MIEJSC ORAZ ZAPEWNIANYCH FORMACH OPIEKI W PLACÓWCE WSPARCIA DZIENNEGO** | | |
| **Liczba miejsc w placówce wparcia dziennego:** ………………………………………..  **Formy wsparcia w placówce wsparcia dziennego** ( art. 24 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 roku o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (t. j. Dz.U. z 2015r. poz. 332 ze zm.)):  □ opieka i wychowanie,  □ pomoc w nauce,  □ organizowanie czasu wolnego, zabawa, zajęcia sportowe, rozwój zainteresowań,  □ organizacja zajęć socjoterapeutycznych, terapeutycznych, korekcyjnych, kompensacyjnych oraz logopedycznych,  □ realizacja indywidulanego programu korekcyjnego, programu psychokorekcyjnego lub psychoprofilaktycznego, w szczególności terapii pedagogicznej, psychologicznej i socjoterapii,  □ realizacja działań animacyjnych i socjoterapeutycznych  □ inne ………………………………………………………………………………………………………………………...  **IV. INFORMACJA O KWALIFIKACJACH OSÓB ZATRUDNIOYCH W PLACÓWCE WSPARCIA DZIENNEGO** | | |
| **1. Kwalifikacje kierownika placówki wsparcia dziennego** | | |
| **2. Kwalifikacje kadry zatrudnionej w placówce wsparcia dziennego** | | |
| **Podpis wnioskodawcy** | | **Miejscowość i data złożenia wniosku** |
|  | |  |

**Dołączone dokumenty:**

1. dokumenty potwierdzające tytuł prawny do nieruchomości, na której placówka wsparcia dziennego ma prowadzić działalność;
2. odpis z właściwego rejestru;
3. oświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON oraz numerze identyfikacji podatkowej NIP (załącznik nr 1 do wniosku);
4. oświadczenie o spełnieniu wymagań lokalowych i sanitarnych zawartych w Rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 13 października 2015r. w sprawie wymagań lokalowych i sanitarnych, jakie musi spełniać lokal, w którym ma być prowadzona placówka wsparcia dziennego (Dz. U. z 2015r. poz. 1630) (załącznik nr 2 do wniosku);
5. statut placówki wsparcia dziennego lub jego projekt;
6. regulamin organizacyjny placówki wsparcia dziennego lub jego projekt;
7. informacja o sposobie finansowania placówki wsparcia dziennego (załącznik nr 3 do wniosku) oraz o niezaleganiu w regulowaniu zobowiązań podatkowych i składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych ( załącznik nr 4 do wniosku);
8. oświadczenie, że nie wydano wobec podmiotu prowadzącego placówkę orzeczenia zakazującego wykonywania działalności objętej zezwoleniem ( załącznik nr 5 do wniosku).