



MŁODZIEŻOWY OŚRODEK SOCJOTERAPII „PAŁACYK”

UL. KRYCHNOWICKA 1, 26-607 RADOM

tel./fax: 48 33 24 559; 48 33 24 603 tel. kom.: 570 600 382

sekretariat@mosradom.pl

www.mosradompalacyk.pl

.....
data i miejscowość

.....
.....
.....
.....
imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego,
adres zamieszkania, telefon kontaktowy

**Dyrekcja
Młodzieżowego Ośrodka Socjoterapii Pałacyk”
ul. Krychnowicka 1
26-600 Radom**

Zwracam się z prośbą o przyjęcie, ur.
w, pesel do Młodzieżowego Ośrodka
Socjoterapii „Pałacyk” w Radomiu, ul. Krychnowicka 1.

Uzasadnienie (proszę krótko opisać powody umieszczenia dziecka w placówce):

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

.....
podpis rodzica/opiekuna prawnego



MŁODZIEŻOWY OŚRODEK SOCJOTERAPII „PAŁACYK”

UL. KRYCHNOWICKA 1, 26-607 RADOM

tel./fax: 48 33 24 559; 48 33 24 603 tel. kom.: 570 600 382

sekretariat@mosradom.pl

www.mosradompalacyk.pl

Przyjęcie warunkowe

TAK ☐

NIE ☐

Oświadczenie rodziców/opiekunów prawnych o przyjęciu warunkowym dziecka

Ja, niżej podpisana/y oświadczam, iż zostałam/em poinformowany o przyjęciu warunkowym mojego dziecka/podopiecznego, co w przypadku złamania przez wychowanka postanowień zawartych w Statucie placówki i Regulaminie Ośrodka, skutkuje natychmiastowym skreśleniem dziecka z listy wychowanków Młodzieżowego Ośrodka Socjoterapii „Pałacik” w Radomiu. Jednocześnie zobowiązuję się do odebrania dziecka w przeciągu 48 godzin od uzyskania informacji o skreśleniu. W przypadku nieodebrania dziecka Dyrektor MOS „PAŁACYK” w Radomiu może wystosować zawiadomienie do Sądu Rejonowego - Wydział Spraw Rodzinnych i Nieletnich.

.....
czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

Oświadczenie

Ja, niżej podpisana/y oświadczam, iż drugi rodzic/opiekun prawny został poinformowany o umieszczeniu dziecka w MOS „PAŁACYK” w Radomiu, gdzie będzie realizował obowiązek szkolny i wyraża na to zgodę.

.....
czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego



MŁODZIEŻOWY OŚRODEK SOCJOTERAPII „PAŁACYK”

UL. KRYCHNOWICKA 1, 26-607 RADOM

tel./fax: 48 33 24 559; 48 33 24 603 tel. kom.: 570 600 382

sekretariat@mosradom.pl

www.mosradompalacyk.pl

Kontrakt dla rodziców/opiekunów prawnych/osób uprawnionych

Zobowiązuję się do współpracy z przedstawicielami Młodzieżowego Ośrodka Socjoterapii „Pałac” w Radomiu poprzez:

1. Osobiste wizyty w placówce, systematyczny kontakt telefoniczny w celu uzyskania informacji o zachowaniu, postępach w nauce i terapii dziecka

.....
(imię i nazwisko wychowanka/i)

2. Przekazania ważnych informacji o dziecku przedstawicielowi Ośrodka w celu uzyskania niezbędnej wiedzy na temat rodziny pochodzeniowej, co ułatwi udzielenie pomocy terapeutycznej dziecku.
3. Zgłoszenia się w placówce w sytuacji kryzysowej (np. dotyczącej stanu zdrowia dziecka, naruszenia zapisów statutu MOS „PAŁACYK” w Radomiu przez dziecko).
4. Zgadzam się na prowadzenie oddziaływań psychologicznych, pedagogicznych, terapeutycznych określonych w statucie MOS „PAŁACYK” w Radomiu w tym m.in. diagnostyki psychologicznej, diagnozy intelektu dziecka.
5. Oświadczam, że jako rodzic/opiekun prawny/osoba uprawniona jestem świadom/a ponoszenia przeze mnie na podstawie § 28 ust. 1 pkt 15 Statutu Młodzieżowego Ośrodka Socjoterapii „PAŁACYK” w Radomiu finansowej odpowiedzialności za wszelkie szkody materialne wyrządzone świadomie przez

..... na szkodę Ośrodka.
(imię i nazwisko wychowanka/i)

Za zniszczone mienie dokonam zwrotu kosztów jego naprawy lub kosztów zakupu.

6. Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku rażącego naruszenia zapisów statutu MOS „PAŁACYK” w Radomiu mój syn/ córka/ podopieczny może zostać skreślony z listy wychowanków i jestem świadomy/a, że przypadku rażącego łamania zasad, regulaminów i norm panujących na terenie Ośrodka przez wychowanka/wychowankę zostanie on/ona w trybie natychmiastowym Decyzją Dyrekcji skreślony/skreślona z listy wychowanków i uczniów MOS „PAŁACYK” w Radomiu. Zobowiązuję się, odebrać podopiecznego/podopieczną w terminie wskazanym przez pracowników naszego Ośrodka.
7. Systematyczne regulowanie opłat za wyżywienie w Ośrodku.

.....
(data i podpis osoby uprawnionej)



Kwestionariusz dla opiekuna

Informacje o dziecku

Imię i nazwisko dziecka.....

Informacje o rodzinie

1. Rodzina: pełna / niepełna / rodzina zastępcza (od kiedy, z jakiego powodu?)

.....

2. Kontakty dziecka ze środkami zmieniającymi świadomość (alkohol, narkotyki...)

rodzaj używanego środka:

.....

od kiedy dziecko zażywa środki, jak często, czy jest czysty/a?

.....

3. Dotychczasowe kontakty dziecka z psychologami i psychiatrami, dawne i obecne dolegliwości natury psychicznej, pobyty w szpitalu psychiatrycznym, leki:

.....

.....

4. Przebyte poważne choroby, hospitalizacje, obecne dolegliwości somatyczne, leki:

.....

.....

5. Kontakty z wymiarem sprawiedliwości (policja, sprawy sądowe, opieka kuratora – dane kontaktowe)

.....

6. Kontakty z rówieśnikami – czy dziecko ma grupę, z którą się identyfikuje i w jakim stopniu jest z nią związany?

.....

7. Jak kandydat spędza czas wolny?

.....

8. Czy ktoś z rodziców/ opiekunów nadużywa alkoholu/ leków uspokajających/ innych substancji (narkotyków) – od kiedy, jak często?

.....

9. Proszę opisać swoje relacje z dzieckiem:

.....

10. Oczekiwania związane z pobytem dziecka w Ośrodku:

.....

Wypełnił/a (proszę podać imię, nazwisko, stopień pokrewieństwa):

.....

.....
(data i podpis osoby uprawnionej)



MŁODZIEŻOWY OŚRODEK SOCJOTERAPII „PAŁACYK”

UL. KRYCHNOWICKA 1, 26-607 RADOM

tel./fax: 48 33 24 559; 48 33 24 603 tel. kom.: 570 600 382

sekretariat@mosradom.pl

www.mosradompalacyk.pl

**Kwestionariusz wywiadu z osobą przekazującą wychowanka do
M O S "PAŁACYK" w Radomiu**

I. DANE OSOBY PRZEKAZUJĄCEJ

1. Imię.....
2. Nazwisko
3. Seria i nr dokumentu tożsamości
4. Nr telefonu
5. Adres e-mail
6. Adres zamieszkania
7. Adres do korespondencji
8. Stopień pokrewieństwa

II. DANE WYCHOWANKA

1. Imię
2. Drugie imię.....
3. Nazwisko
4. Pesel
5. Imię matki
6. Imię ojca
7. Data urodzenia
8. Miejsce urodzenia
9. Adres zamieszkania
10. Numer telefonu
11. Przyjmowane stale leki
12. Informacje o pozostałych członkach rodziny /imię, nazwisko, rok urodzenia, stopień pokrewieństwa/
 - a)
 - b)
 - c)
 - d)
 - e)
 - f)
 - g)
 - h)
 - i)
 - j)



MŁODZIEŻOWY OŚRODEK SOCJOTERAPII „PALACYK”

UL. KRYCHNOWICKA 1, 26-607 RADOM

tel./fax: 48 33 24 559; 48 33 24 603 tel. kom.: 570 600 382

sekretariat@mosradom.pl

www.mosradompalacyk.pl

III. SYTUACJA RODZINNA

1. Czy w rodzinie są konflikty i kogo dotyczą?
2. Przyczyny konfliktów:
3. Czy występują problemy wychowawcze z dziećmi? Jakie?.....
4. Czy w rodzinie występuje przemoc?
5. Przeciwno komu jest skierowana?
6. Kto jest sprawcą przemocy?
7. Czy ktoś z rodziny przebywał lub przebywa w rodzinie zastępczej, placówce opiekuńczo-wychowawczej, schronisku dla nieletnich, zakładzie poprawczym?
.....

IV. SYTUACJA SZKOLNA

1. Nazwa i adres ostatniej szkoły/placówki
.....
2. Nazwa i adres szkoły rejonowej
.....
3. Przedmioty szkolne sprawiające wychowankowi kłopoty
.....
4. Przedmioty, w których wychowanek odnosi sukcesy
.....
5. Przyczyny szkolnych kłopotów
.....
6. Zainteresowania, hobby
.....

.....
(data i podpis osoby przekazującej)



MŁODZIEŻOWY OŚRODEK SOCJOTERAPII „PAŁACYK”

UL. KRYCHNOWICKA 1, 26-607 RADOM

tel./fax: 48 33 24 559; 48 33 24 603 tel. kom.: 570 600 382

sekretariat@mosradom.pl

www.mosradompalacyk.pl

Zgoda

Ja niżej podpisany wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych wizerunkowych, a także osiągnięć naukowych mojego dziecka/podopiecznego zgodnie z art.6 ust.1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. w celu celów budowania pozytywnego wizerunku Administratora w przestrzeni publicznej i w mediach.

.....
(data i podpis osoby uprawnionej)

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.(Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016)

informuję, iż:

1. administratorem danych osobowych jest Młodzieżowy Ośrodek Socjoterapii "PAŁACYK", ul. Krychnowicka 1, 26-600 Radom
2. kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych: Bartłomiej Kida – bodo.radom@gmail.com
3. dane osobowe przetwarzane będą w celu budowania pozytywnego wizerunku Administratora w przestrzeni publicznej i w mediach na podstawie art. 81 ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych oraz Art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
4. dane osobowe przechowywane będą do momentu odwołania zgody
5. każdy posiada prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do cofnięcia zgody oraz prawo do przenoszenia danych
6. podanie danych osobowych jest dobrowolne
7. każdy ma prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Moniuszki 1a, 00-014 Warszawa
8. dane osobowe nie są przekazywane do państw trzecich
9. dane osobowe nie są przetwarzane w sposób zautomatyzowany.

.....
(data i podpis osoby uprawnionej)

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka/podopiecznego we wszystkich wycieczkach, wyjściach poza Ośrodek, zajęciach terapeutycznych, rozwijających zainteresowania oraz wszelkich pozostałych zajęciach organizowanych przez Ośrodek oraz instytucje i firmy zewnętrzne współpracujące z Ośrodkiem.

.....
(data i podpis osoby uprawnionej)



MŁODZIEŻOWY OŚRODEK SOCJOTERAPII „PALACYK”

UL. KRYCHNOWICKA 1, 26-607 RADOM

tel./fax: 48 33 24 559; 48 33 24 603 tel. kom.: 570 600 382

sekretariat@mosradom.pl

www.mosradompalacyk.pl

Oświadczam, że wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody na udział w lekcji religii mojego dziecka/podopiecznego przez cały okres nauki w Szkole Podstawowej im. Alberta Einsteina w Radomiu.

.....
(data i podpis osoby uprawnionej)

Oświadczam, że wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody na udział w zajęciach edukacji zdrowotnej mojego dziecka/podopiecznego przez cały okres nauki w Szkole Podstawowej im. Alberta Einsteina w Radomiu.

.....
(data i podpis osoby uprawnionej)

Oświadczenie

Ja niżej podpisany/a
wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody na samodzielne wyjazdy mojego nieletniego dziecka/podopiecznego do miejsca zamieszkania / do domu.

.....
(data i podpis osoby uprawnionej)

Oświadczenie

Ja niżej podpisana/yrodzic/opiekun prawny/osoba uprawniona upoważniam personel Młodzieżowego Ośrodka Socjoterapii „Pałac” do podawania leków w razie bólu, przeziębienia i innych zleconych przez lekarza oraz w razie konieczności leków przeciwbólowych bez recepty. Oświadczam, że nie jest/jest uczulona/y na preparaty

.....
Personel Ośrodka nie musi każdorazowo mnie informować o podawaniu ww., gdy moje dziecko/podopieczny zgłasza dolegliwości.

.....
(data i podpis osoby uprawnionej)

Zgoda na konsultację psychiatryczną

W razie nasilających się problemów zachowania i emocji mojego dziecka/podopiecznego
wyrażam zgodę na konsultację psychiatryczną i realizację zaleceń lekarskich.

.....
(data i podpis osoby uprawnionej)



MŁODZIEŻOWY OŚRODEK SOCJOTERAPII „PAŁACYK”

UL. KRYCHNOWICKA 1, 26-607 RADOM

tel./fax: 48 33 24 559; 48 33 24 603 tel. kom.: 570 600 382

sekretariat@mosradom.pl

www.mosradompalacyk.pl

Upoważnienie

Upoważniam pielęgniarkę w Młodzieżowym Ośrodku Socjoterapii „Pałac” w Radomiu, do podawania przepisanych przez lekarza leków oraz do wykonania innych niezbędnych czynności medycznych wobec

.....
(imię i nazwisko dziecka)

W przypadku nieobecności pielęgniarki w Ośrodku w sytuacji, gdy stan zdrowia dziecka wymaga podania leku lub wykonania innych niezbędnych czynności, np. kontroli poziomu cukru we krwi, opatrzenie i dezynfekcję ran upoważniam do wykonania ww. czynności wychowawcę internatu pełniącego w danym czasie dyżur.

.....
(data i podpis osoby uprawnionej)

W okresie pobytu mojego dziecka/podopiecznego
w Młodzieżowym Ośrodku Socjoterapii „Pałac” w Radomiu wyrażam zgodę na pełną opiekę medyczną (leczenie w przypadku choroby, włącznie z hospitalizacją, wykonaniem zabiegów ambulatoryjnych i chirurgicznych, znieczuleniem do nagłych zabiegów).

Jednocześnie upoważniam pracowników MOS „PAŁACYK w Radomiu do otrzymywania informacji o stanie zdrowia oraz dokumentacji medycznej mojego dziecka/podopiecznego.

.....
(data i podpis osoby uprawnionej)



MŁODZIEŻOWY OŚRODEK SOCJOTERAPII „PAŁACYK”

UL. KRYCHNOWICKA 1, 26-607 RADOM

tel./fax: 48 33 24 559; 48 33 24 603 tel. kom.: 570 600 382

sekretariat@mosradom.pl

www.mosradompalacyk.pl

**Rozmowa wstępna
rodzica/opiekuna prawnego/ osoby uprawnionej
z przedstawicielem MOS „PAŁACYK” w Radomiu**

Oświadczam, że zostałem/am zapoznany/a z warunkami i zasadami pobytu w MOS „PAŁACYK” w Radomiu tj:

1. Regulaminem Wychowanków MOS „PAŁACYK” w Radomiu,
2. Statutem MOS „PAŁACYK” w Radomiu,
3. Prawami i obowiązkami wychowanka/i, prawami dziecka,
4. Zasadami pobytu w Ośrodku,
5. Ofertą zajęć rozwijających zainteresowania,
6. Regulaminem postępowania z depozytem wychowanków
7. Formami pomocy psychologiczno-pedagogicznej i terapeutycznej,
8. Terminem spotkania zespołu dokonującego wielospecjalistycznej oceny funkcjonowania wychowanka oraz opracowującego indywidualny program edukacyjno-terapeutyczny.

.....
(data i podpis osoby uprawnionej)

Ja, niżej podpisany
legitymujący się dowodem osobistym seria nr....., lub innym dokumentem
tożsamości seria nr, zwracam się z prośbą o przeprowadzenie
badań medycznych u mojego syna/córki/podopiecznego,
ur. dnia roku w nr PESEL
w laboratorium diagnostycznym.

Prośba niniejsza dotyczy sytuacji, w której zaistnieje podejrzenie zażycia przez niego/nią
środków odurzających lub spożycia alkoholu.

Badanie/test może być przeprowadzone bez mojej obecności.

Niniejsza prośba obejmuje cały okres pobytu mojego dziecka / podopiecznego w MOS
„PAŁACYK” w Radomiu.

.....
(data i podpis osoby uprawnionej)



MŁODZIEŻOWY OŚRODEK SOCJOTERAPII „PAŁACYK”

UL. KRYCHNOWICKA 1, 26-607 RADOM

tel./fax: 48 33 24 559; 48 33 24 603 tel. kom.: 570 600 382

sekretariat@mosradom.pl

www.mosradompalacyk.pl

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

imię i nazwisko

rodzica/opiekuna prawnego/osoby uprawnionej,

adres zamieszkania, telefon kontaktowy

Zgoda na hospitalizację, leczenie, przeprowadzenie badań i diagnozy

W
.....
.....
.....

na Oddziale Psychiatrycznym dla Dzieci i Młodzieży

Ja, niżej podpisana/y
.....

legitymująca/y się dowodem osobistym seria nr, pesel _____,

zamieszkała/y
.....

pozostająca/y opiekunem prawnym,

ur. _ _ - _ _ - _ _ r. w, pesel _ _ _ _ _

przebywającego/przebywającej obecnie w Młodzieżowym Ośrodku Socjoterapii „PAŁACYK”

w Radomiu, ul. Krychnowicka 1 wyrażam zgodę na hospitalizację, leczenie, wykonanie badań

i diagnozę oraz wszelkich niezbędnych czynności na Oddziale Psychiatrycznym dla Dzieci

i Młodzieży w
.....

Upoważniam pracowników MOS „PAŁACYK w Radomiu do otrzymywania informacji o stanie

zdrowia oraz dokumentacji medycznej mojego dziecka/podopiecznego.

.....
Podpis rodzica/opiekuna prawnego/osoby uprawnionej



MŁODZIEŻOWY OŚRODEK SOCJOTERAPII „PAŁACYK”

UL. KRYCHNOWICKA 1, 26-607 RADOM

tel./fax: 48 33 24 559; 48 33 24 603 tel. kom.: 570 600 382

sekretariat@mosradom.pl

www.mosradompalacyk.pl

Oświadczenie

o akceptacji faktur przesyłanych drogą elektroniczną

Imię i nazwisko wychowanka/wychowanki:

Dane rodzica/ opiekuna prawnego/ placówki do wystawienia faktury:

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

1. Działając na podstawie Ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz.U. z 2025 poz. 775 art. 106n) wyrażam zgodę na przesyłanie faktur, duplikatów tych faktur oraz ich korekt, w formie elektronicznej przez Młodzieżowy Ośrodek Socjoterapii „Pałac” w Radomiu.
2. Zobowiązuję się przyjmować faktury, o których mowa w pkt.1 niniejszego oświadczenia w formie papierowej, w przypadku gdy przeszkody techniczne lub formalne uniemożliwiają przesłanie faktur drogą elektroniczną.
3. Proszę o przesyłanie faktur drogą mailową na podany poniżej adres e-mail:
.....
4. W razie zmiany adresu e-mail zobowiązuję się do pisemnego powiadomienia o nowym adresie.
5. Oświadczam, że mam świadomość, iż niniejsze oświadczenie może zostać wycofane, w następstwie czego wystawca faktur traci prawo do wystawiania i przesyłania faktur do odbiorcy drogą elektroniczną, poczynwszy od dnia następnego po otrzymaniu powiadomienia o wycofaniu akceptacji.

Data

Podpis



MŁODZIEŻOWY OŚRODEK SOCJOTERAPII „PAŁACYK”

UL. KRYCHNOWICKA 1, 26-607 RADOM

tel./fax: 48 33 24 559; 48 33 24 603 tel. kom.: 570 600 382

sekretariat@mosradom.pl

www.mosradompalacyk.pl

Porozumienie

Zawarte w dniu

W sprawie procedur rozliczenia kosztów, o których mowa w § 83 ust. 1 oraz ust. 8 rozporządzenia Ministra Edukacji i Nauki z dnia 30 marca 2023 r. w sprawie niektórych publicznych placówek systemu oświaty (Dz. U. z 2023 r. poz. 651).

Pomiędzy:

Młodzieżowym Ośrodkiem Socjoterapii „PAŁACYK” w Radomiu

ul. Krychnowicka 1, 26-600 Radom

NIP 948 259 94 01 REGON 146767895

reprezentowanym przez Panią Danutę Bień - Soból

a

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

(imię i nazwisko opiekuna prawnego/nazwa placówki, adres, pesel/ NIP)

§ 1.

Przedmiotem porozumienia jest określenie zasad realizacji obowiązku, o którym mowa w § 83 ust. 1 oraz ust. 8 rozporządzenia Ministra Edukacji i Nauki z dnia 30 marca 2023r. w sprawie niektórych publicznych placówek systemu oświaty (Dz. U. z 2023 r. poz. 651) na podstawie którego, rodzice dzieci i młodzieży przebywających w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych, młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, specjalnych ośrodkach szkolno-wychowawczych, specjalnych ośrodkach wychowawczych oraz ośrodkach rewalidacyjno-wychowawczych wnoszą opłatę za posiłki w stołówce ośrodka równą wysokości kosztów surowca przeznaczonego na wyżywienie o których mowa w ust. 1 cytowanego rozporządzenia, oraz możliwości zwolnienia z opłaty.

§ 2.

Niniejsze porozumienie dotyczy wychowanki/a
ur. r. umieszczonej/go w Młodzieżowym Ośrodku Socjoterapii „PAŁACYK”
w Radomiu, ul. Krychnowicka 1.

§ 3.

Obowiązują następujące procedury rozliczenia kosztów:

1. Ośrodek obciąża Placówkę/opiekuna prawnego notą obciążeniową za wyżywienie w wysokości **28 zł (dzienna stawka żywieniowa)**.

Placówka/opiekun prawny zobowiązany jest poinformować pracownika MOS Pałacik o nieobecności wychowanka w Ośrodku do godz. 17 dnia poprzedzającego nieobecność. Jeżeli taka nieobecność nie zostanie zgłoszona, Placówka/opiekun prawny zobowiązany jest pokryć koszty zamówionego dziennego wyżywienia dla dziecka.

2. Ośrodek dokona zakupu i obciąży fakturą Placówkę/opiekuna prawnego za lekarstwa i okulary wystawioną na adres Placówki/opiekuna prawnego, która płatna będzie przelewem w terminie 14 dni od dnia wysłania noty wraz z dołączoną kserokopią potwierdzoną za zgodność z oryginałem właściwej Faktury VAT.
3. Nota obciążeniowa za wyżywienie będzie wystawiana zawsze za miesiąc poprzedni. Zawierać będzie informacje dotyczące imienia i nazwiska wychowanki/a, okresu obciążenia oraz wyszczególnienie wydatków.
4. Dane do wystawienia noty obciążeniowej:
Nabywca:
.....
.....
Odbiorca:
.....
.....
5. Placówka/opiekun prawny przesyła kwotę określoną w nocie obciążeniowej na konto Ośrodka, numer konta bankowego
Pekao S.A. 31 1240 5703 1111 0010 5770 1667 w terminie podanym na nocie obciążeniowej.
6. Kieszonkowe dla wychowanki/a Placówka/opiekun prawny może przelać na konto Ośrodka, numer konta bankowego
Pekao S.A. 31 1240 5703 1111 0010 5770 1667
7. Zaopatrzenie wychowanki/a w odzież, obuwie, środki czystości, środki higieny osobistej zapewnia Placówka/opiekun prawny lub MOS „Pałac” (na prośbę Placówki/opiekuna prawnego), który obciąża fakturą Placówkę/opiekuna prawnego, po wcześniejszym ustaleniu kwoty wydatku.
8. Zaopatrzenie wychowanki/a w pomoce szkolne zapewnia Placówka/opiekun prawny.

§ 4.

1. Wszelkie zmiany Porozumienia wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Niniejsze Porozumienie wygasa z dniem zmiany przepisów prawa regulujących zasady ponoszenia kosztów przez Placówkę/opiekuna prawnego lub wykreślenia wychowanki/a z listy Ośrodka.
3. Porozumienie obowiązuje od dnia na czas pobytu wychowanki/a w Ośrodku.

§ 5.

Porozumienie zawarto w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

.....
podpis i pieczęć
Dyrektora Placówki/opiekuna prawnego

.....
podpis i pieczęć
Dyrektora MOS „Pałac” w Radomiu



MŁODZIEŻOWY OŚRODEK SOCJOTERAPII „PAŁACYK”

UL. KRYCHNOWICKA 1, 26-607 RADOM

tel./fax: 48 33 24 559; 48 33 24 603 tel. kom.: 570 600 382

sekretariat@mosradom.pl

www.mosradompalacyk.pl

Porozumienie

Zawarte w dniu

W sprawie procedur rozliczenia kosztów, o których mowa w § 83 ust. 1 oraz ust. 8 rozporządzenia Ministra Edukacji i Nauki z dnia 30 marca 2023 r. w sprawie niektórych publicznych placówek systemu oświaty (Dz. U. z 2023 r. poz. 651).

Pomiędzy:

Młodzieżowym Ośrodkiem Socjoterapii „PAŁACYK” w Radomiu

ul. Krychnowicka 1, 26-600 Radom

NIP 948 259 94 01 REGON 146767895

reprezentowanym przez Panią Danutę Bień - Soból

a

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

(imię i nazwisko opiekuna prawnego/nazwa placówki, adres, pesel/ NIP)

§ 1.

Przedmiotem porozumienia jest określenie zasad realizacji obowiązku, o którym mowa w § 83 ust. 1 oraz ust. 8 rozporządzenia Ministra Edukacji i Nauki z dnia 30 marca 2023r. w sprawie niektórych publicznych placówek systemu oświaty (Dz. U. z 2023 r. poz. 651) na podstawie którego, rodzice dzieci i młodzieży przebywających w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych, młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, specjalnych ośrodkach szkolno-wychowawczych, specjalnych ośrodkach wychowawczych oraz ośrodkach rewalidacyjno-wychowawczych wnoszą opłatę za posiłki w stołówce ośrodka równą wysokości kosztów surowca przeznaczonego na wyżywienie o których mowa w ust. 1 cytowanego rozporządzenia, oraz możliwości zwolnienia z opłaty.

§ 2.

Niniejsze porozumienie dotyczy wychowanki/a
ur. r. umieszczonej/go w Młodzieżowym Ośrodku Socjoterapii „PAŁACYK”
w Radomiu, ul. Krychnowicka 1.

§ 3.

Obowiązują następujące procedury rozliczenia kosztów:

1. Ośrodek obciąża Placówkę/opiekuna prawnego notą obciążeniową za wyżywienie w wysokości **28 zł (dzienna stawka żywieniowa)**.

Placówka/opiekun prawny zobowiązany jest poinformować pracownika MOS Pałacik o nieobecności wychowanka w Ośrodku do godz. 17 dnia poprzedzającego nieobecność. Jeżeli taka nieobecność nie zostanie zgłoszona, Placówka/opiekun prawny zobowiązany jest pokryć koszty zamówionego dziennego wyżywienia dla dziecka.

2. Ośrodek dokona zakupu i obciąży fakturą Placówkę/opiekuna prawnego za lekarstwa i okulary wystawioną na adres Placówki/opiekuna prawnego, która płatna będzie przelewem w terminie 14 dni od dnia wysłania noty wraz z dołączoną kserokopią potwierdzoną za zgodność z oryginałem właściwej Faktury VAT.
3. Nota obciążeniowa za wyżywienie będzie wystawiana zawsze za miesiąc poprzedni. Zawierać będzie informacje dotyczące imienia i nazwiska wychowanki/a, okresu obciążenia oraz wyszczególnienie wydatków.
4. Dane do wystawienia noty obciążeniowej:
Nabywca:
.....
.....
Odbiorca:
.....
.....
5. Placówka/opiekun prawny przesyła kwotę określoną w nocie obciążeniowej na konto Ośrodka, numer konta bankowego
Pekao S.A. 31 1240 5703 1111 0010 5770 1667 w terminie podanym na nocie obciążeniowej.
6. Kieszonkowe dla wychowanki/a Placówka/opiekun prawny może przesłać na konto Ośrodka, numer konta bankowego
Pekao S.A. 31 1240 5703 1111 0010 5770 1667
7. Zaopatrzenie wychowanki/a w odzież, obuwie, środki czystości, środki higieny osobistej zapewnia Placówka/opiekun prawny lub MOS „Pałac” (na prośbę Placówki/opiekuna prawnego), który obciąża fakturą Placówkę/opiekuna prawnego, po wcześniejszym ustaleniu kwoty wydatku.
8. Zaopatrzenie wychowanki/a w pomoce szkolne zapewnia Placówka/opiekun prawny.

§ 4.

1. Wszelkie zmiany Porozumienia wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Niniejsze Porozumienie wygasa z dniem zmiany przepisów prawa regulujących zasady ponoszenia kosztów przez Placówkę/opiekuna prawnego lub wykreślenia wychowanki/a z listy Ośrodka.
3. Porozumienie obowiązuje od dnia na czas pobytu wychowanki/a w Ośrodku.

§ 5.

Porozumienie zawarto w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

.....
podpis i pieczęć
Dyrektora Placówki/opiekuna prawnego

.....
podpis i pieczęć
Dyrektora MOS „Pałac” w Radomiu