**FORMULARZ KONSULTACJI**

**"Wojewódzkiego Programu poszerzania, zróżnicowania i unowocześniania pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi w zakresie pomocy i oparcia społecznego 2018-2022"**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Aktualny zapis****programu** | **Proponowane zmiany** | **Uzasadnienie** |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |

Dane uczestnika konsultacji:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa podmiotu** |  |
| **Adres podmiotu** |  |
| **Cele statutowe podmiotu** |  |
| **Numer telefonu/adres e-mail****podmiotu** |  |
| **Imię i nazwisko osoby do****kontaktu** |  |
| **Numer telefonu, e-mail** |  |

Uwaga:

Wypełnione formularze należy przesłać w nieprzekraczalnym terminie do

**12.11.2018r.** (liczy się data wpływu do Urzędu ) pocztą, faksem lub mailem na adres :

**Urząd Marszałkowski Województwa Świętokrzyskiego**

**Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej**

**Al. IX Wieków Kielc 3**

**25-516 Kielce**

z dopiskiem **konsultacje "Wojewódzkiego Programu poszerzania, zróżnicowania
i unowocześniania pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi w zakresie pomocy i oparcia społecznego 2018-2022"**

Fax: **41 344 30 94**

e-mail: rops@sejmik.kielce.pl **lub** michal.kocia@sejmik.kielce.pl