|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **STAROSTWO POWIATOWE W MIŃSKU MAZOWIECKIM**05-300 Mińsk Mazowiecki, ul. Kościuszki 3Tel.: 25 759 87 00, fax: (025) 759 87 02 [http://www.powiatminski.pl](http://www.powiatminski.pl/), e-mail: starostwo@powiatminski.plBIP: http://www.powiatminski.pl/bip/  |  | **KARTA USŁUG NR****OP-3/19** |

|  |
| --- |
| **1. Nazwa sprawy** |
| **Skierowanie dziecka do Młodzieżowego Ośrodka Socjoterapii** |
| **2. Miejsce załatwienia sprawy** |
| Wydział Oświaty i Promocji, I piętro, pokój nr 119Tel. 25 759 87 00 wew. 717 lub 718, e-mail: oswiata@powiatminski.plGodziny pracy: poniedziałki, wtorki, czwartki, od 08:00 do 16:00, środy od 08:00 do 17:00, piątki 8.00-15.00 |
| **3. Podstawa Prawna** |
| art. 127 ust. 13 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz. U. z 2018 r., poz. 996 z późn. zm.)  |
| **4. Wymagane dokumenty** |
| 1. Wniosek rodziców (opiekunów prawnych) o skierowanie dziecka do młodzieżowego ośrodka socjoterapii
2. Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydane przez poradnię psychologiczno-pedagogiczną (oryginał lub potwierdzona za zgodność z oryginałem kopia orzeczenia) wydane z uwagi na zagrożenie niedostosowaniem społecznym
 |
| **5. Opłata** |
| Bez opłat |
| **6. Miejsce złożenia dokumentów** |
| Biuro Obsługi Interesanta pok. 8 parter |
| **7. Termin załatwienia** |
| Pismo do właściwego organu prowadzącego MOS kierowane jest niezwłocznie, max. w ciągu 7 dni. |
| **8. Sposób załatwienia** |
| Zwrócenie się przez Starostę Mińskiego do odpowiedniego organu prowadzącego MOS o wydanie skierowania do placówki. |
| **9. Tryb odwoławczy** |
| Nie przysługuje |
| **10. Informacje dodatkowe** |
| W przypadku miejsca zamieszkania poza Powiatem Mińskim, wniosek o skierowanie do MOS składa się do Starosty właściwego ze względu na miejsce zamieszkania dziecka |
| **11. Załączniki** |
| Formularz wniosku |

 ..................................................... miejscowość, data

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

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

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

(imiona i nazwisko rodziców/opiekunów prawnych

 oraz adres zamieszkania)

**Starostwo Powiatowe**

**w Mińsku Mazowieckim**

**WNIOSEK
o skierowanie do Młodzieżowego Ośrodka Socjoterapii**

 Proszę o skierowanie mojego dziecka ......................................................…………
  *(imię i nazwisko dziecka)*

ur. ...................................., zamieszkałą/zamieszkałego ……………………………………………………….

do Młodzieżowego Ośrodka Socjoterapii ……………………......................................................................

 *(wpisać nazwę placówki wraz z adresem)*

.................................................................................................................. z dniem ……………………….

 do klasy …………zgodnie z orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego z dnia .........................

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

podpisy rodziców/ opiekunów prawnych

W załączeniu:

1. orzeczenie poradni psychologiczno-pedagogicznej