

.....
nazwisko i imię

.....
data wpłynięcia wniosku

.....
adres zamieszkania

.....
telefon kontaktowy

.....
PESEL

WNIOSEK O PRZYJĘCIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO - LECZNICZEGO

Proszę o przyjęcie mnie do Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego w „Mikulicz” Spółka z o. o. w Świebodzicach, ul. M. Skłodowskiej-Curie 3-7, 58-160 Świebodzice ze względu na stan zdrowia wymagający leczenia oraz całodobowej pielęgnacji.

Jednocześnie wyrażam zgodę na odpłatność z tytułu zakwaterowania i wyżywienia w Zakładzie.

Do wniosku dołączam:

1. wniosek o wydanie skierowania do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego,
2. wywiad pielęgniarzki i zaświadczenie lekarskie,
3. skierowanie do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego,
4. karta oceny świadczeniobiorcy kierowanego do Zakładu Opiekuńczego,
5. dokument o wysokości dochodu,
6. dokument potwierdzający ubezpieczenie zdrowotne,
7. kserokopię dowodu osobistego.

.....
(data, podpis osoby ubiegającej się o przyjęcie do ZOL)