

.....  
Miejscowość i data

**WNIOSEK O PRZYJĘCIE DO DOMU SENIORA „DOM ZDROWIA I SPOKOJU”  
W SZELEJEWIE DRUGIM 10A**

**Część A**

**(wypełniane przez osoby posiadające pełną zdolność do czynności prawnych)**

**Dane osobowe:**

Nazwisko i Imię .....

Adres zamieszkania . .....

Data urodzenia: .....

Miejsce.....

Dowód osobisty: seria..... nr: .....wydany przez .....

Nr decyzji emerytalnej/rentowej: .....

Oddział ZUS, KRUS : .....

PESEL .....Numer telefonu: .....

**Ja niżej podpisany/-a** oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych i zwracam się z prośbą o przyjęcie mnie do Domu Seniora w Szelejewie Drugim 10A i jednocześnie wyrażam zgodę na ponoszenie odpłatności za pobyt według ustalonej stawki zawartej w umowie.

**Ja niżej podpisany/-a** w załączeniu przedkładam:

- a) kopię dowodu osobistego z naniesioną datą i podpisem wraz z oryginałem, tego dokumentu do wglądu;
- b) kopię decyzji emerytalnej wydanej w miesiącu poprzedzającym przyjęcie wraz z oryginałem do wglądu;
- c) dokumentację medyczną,
- d) wyniki aktualnych badań (RTG, badanie krwi, ewentualnie karta wypisowazę szpitala),
- e) wykaz aktualnie przyjmowanych leków,
- f) karta zaopatrzenia comiesięcznego z NFZ
- g) oświadczenie o wyrażeniu zgody na pobyt w DOMU SENIORA „DOM ZDROWIA I SPOKOJU”W SZELEJEWIE DRUGIM 10A.

.....  
Miejscowość i data

.....  
podpis wnioskodawcy

**Dane osoby sprawującej faktyczną opiekę nad wnioskodawcą:**

Imię i Nazwisko:.....

Dowód osobisty: seria..... nr: .....wydany przez .....

PESEL .....Numer telefonu: .....

**Ja niżej podpisany/-a**, jako opiekun faktyczny .....  
(Nazwisko i imię Kandydata) pod rygorem odpowiedzialność karnej (art. 233 k.k.)  
oświadczam, że zgodnie z posiadaną przeze mnie wiedzą wnioskodawca ma pełną zdolność  
do czynności prawnych oraz zwracam się z prośbą o przyjęcie.....  
(Nazwisko i imię Kandydata) której/go jestem przedstawicielem ustawowym do Domu Seniora  
w Szelejewie Drugim 10A i jednocześnie wyrażam zgodę na ponoszenie solidarnie z  
wnioskodawcą odpłatności za pobyt według ustalonej stawki zawartej w umowie.

.....  
Miejscowość i data

.....  
podpis opiekuna faktycznego

**Część B**

**(wymaga uzupełnienia wyłącznie w przypadku, gdy wnioskodawca nie ma pełnej  
zdolności do czynności prawnej tj. ubezwłasnowolniony częściowo albo  
ubezwłasnowolniony całkowicie)**

**Dane osobowe kandydata do przyjęcia:**

Nazwisko i Imię .....

Adres zamieszkania .....

Data urodzenia: .....

Miejsce.....

Dowód osobisty: seria..... nr: .....wydany przez .....

Nr decyzji emerytalnej/rentowej: .....

Oddział ZUS, KRUS : .....

PESEL .....Numer telefonu: .....

**Dane przedstawiciela ustawowego**

Imię i Nazwisko:.....



Zdrowia i Spokoju

Dowód osobisty: seria..... nr: .....wydany przez .....

PESEL .....Numer telefonu: .....

**Ja niżej podpisany/-a**, działając jako przedstawiciel ustawowy .....  
(Nazwisko i imię Kandydata) zwracam się z prośbą o przyjęcie....., (Nazwisko i imię Kandydata) której/go jestem przedstawicielem ustawowym do Domu Seniora w Szelejewie Drugim 10A i jednocześnie wyrażam zgodę na ponoszenie odpłatności za pobyt według ustalonej stawki zawartej w umowie.

**Ja niżej podpisany/-a**, działając jako przedstawiciel ustawowy ..... ( Nazwisko i imię Kandydata) w załączeniu przedkładam:

- a) kopię postanowienia sądu o ubezwłasnowolnieniu wraz z oryginałem, tego postanowienia do wglądu;
- b) kopię postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna wraz z oryginałem tego postanowienia do wglądu;
- c) kopię postanowienia sądu zezwalające opiekunowi na umieszczenie osoby ubezwłasnowolnionej w domu pomocy społecznej.
- d) kopię dowodu osobistego kandydata z naniesioną datą i podpisem wraz z oryginałem, tego dokumentu do wglądu;
- e) kopię dowodu osobistego z naniesioną datą i podpisem przedstawiciela ustawowego wraz z oryginałem, tego dokumentu do wglądu;
- f) kopię decyzji emerytalnej kandydata wydanej w miesiącu poprzedzającym przyjęcie wraz z oryginałem do wglądu;
- g) dokumentację medyczną tj.
  - wyniki aktualnych badań (RTG, badanie krwi, ewentualnie karta wypisowa ze szpitala),
  - wykaz aktualnie przyjmowanych leków,
  - karta zaopatrzenia comiesięcznego z NFZ

\*właściwe zakreślić przy czym lit. a,b,c,d,e,f są obowiązkowe.

.....  
Miejscowość i data

.....  
podpis opiekuna prawnego

.....  
Data i miejscowość

.....  
(Imię i nazwisko)  
.....

.....  
Adres  
.....

.....  
PESEL  
.....

**OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZYJĘCIE I POZOSTAWANIE  
W DOMU SENIORA „DOM ZDROWIA I SPOKOJU”  
W SZELEJEWIE DRUGIM 10A**

Ja niżej podpisan-a/y, będąc w stanie umożliwiającym świadome oraz swobodne powzięcie decyzji, niniejszym oświadczam że wyrażam zgodę na przyjęcie oraz pozostawanie w Domu Seniora „Dom Zdrowia i Spokoju” w Szelejewie Drugim 10 A na okres od ..... do ...../ na czas nieokreślony.

.....  
Miejscowość i data

.....  
podpis