

.....
Miejscowość i data

**WNIOSEK O PRZYJĘCIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO
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 :

PESELNumer telefonu:

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych i zwracam się z prośbą o przyjęcie mnie do Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego 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 ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO – LECZNICZYM 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

PESELNumer 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 Zakładu
Opiekuńczo - Leczniczego 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 :

PESELNumer telefonu:

Dane przedstawiciela ustawowego:

Imię i Nazwisko:.....

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

PESELNumer 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 Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego 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 Zakładzie Opiekuńczo Lecznicznym.
- 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, 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 ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO - LECZNICZYM „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 Zakładzie Opiekuńczo - Leczniczym „Dom Zdrowia i Spokoju” w Szelejewie Drugim 10 A na okres od do/ na czas nieokreślony.

.....
Miejscowość i data

.....
podpis