

.....
(miejscowość, data)

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....
(adres zamieszkania wnioskodawcy)

.....
(numer telefonu)

**Dyrektor
SP ZOZ w Siemiatyczach**

Wniosek

Zwracam się z uprzejmą prośbą o skierowanie.....
(imię i nazwisko osoby kierowanej)

..... urodzonej/go w.....
(stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą)

zamieszkałej/go w
(adres zamieszkania osoby kierowanej)

posiadającej/go PESEL..... do Zakładu Opiekuńczo –
Leczniczego dla Dzieci i Młodzieży w Bacikach Średnich Samodzielnego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej w Siemiatyczach na okres.....
(ilość tygodni / miesięcy)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

W załączeniu:

- 1) zaświadczenie lekarskie
- 2) wywiad pielęgniarSKI
- 3) skala Barthel
- 4) decyzja organu emerytalno - rentowego ustalającego wysokość emerytury albo renty lub decyzja o przyznaniu zasiłku stałego, wyrównawczego lub renty socjalnej
- 5) zaświadczenie o dochodach w rodzinie
- 6) oświadczenie o ilości członków w rodzinie
- 7) kserokopia dokumentacji medycznej (np. karty informacyjne z pobytu w szpitalu, wyniki ostatnich badań diagnostycznych itp.)
- 8) oświadczenie o wyrażaniu zgody na potrącenie opłaty za pobyt w Zakładzie przez właściwy organ emerytalno-rentowy , zgodnie z obowiązującymi świadczenia emerytalno-rentowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami lub zobowiązanie do ponoszenia opłat