

.....
(miejsowość, data)

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....
(adres zamieszkania wnioskodawcy)

.....
(numer telefonu)

Wniosek

**Dyrektor
SP ZOZ w Siemiatyczach**

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 Pielęgnacyjno – Opiekuńczego
Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Siemiatyczach, ul. Szpitalna 8,
17 – 300 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) oświadczenie o wyrażeniu zgody na potrącanie opłaty za pobyt w Zakładzie przez właściwy organ emerytalno – rentowy ze świadczenia emerytalno – rentowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami lub zobowiązanie do ponoszenia opłat
- 6) kserokopia dokumentacji medycznej (np. karty informacyjne z pobytu w szpitalu, wyniki ostatnich badań diagnostycznych itp.)