

....., dnia20.....r.
Miejscowość

.....
Imię (imiona) i nazwisko

.....
Numer PESEL

.....
Adres zamieszkania

.....
Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

.....
Numer telefonu do kontaktu

PODANIE

Zwracam się z prośbą o przyjęcie mnie do Samodzielnego Publicznego Psychiatrycznego Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Celejowie ze względu na moją sytuację zdrowotną.

Równocześnie oświadczam, że:

- wyrażam zgodę na ponoszenie odpłatności za zakwaterowanie i wyżywienie w Zakładzie, zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- moje dochody są / nie są* zajęte w toku postępowania komorniczego i podlegają / nie podlegają* innym potrąceniom.

.....
Podpis osoby ubiegającej się o przyjęcie
do SP PZOL w Celejowie

Do podania załączam*:

1. skierowanie do SP PZOL w Celejowie wypełnione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego – **ważność 30 dni od daty wystawienia**
2. zaświadczenie lekarza psychiatry - **ważność 30 dni od daty wystawienia**
3. wywiad pielęgniarski i skalę Barthel – **ważność 30 dni od daty wystawienia**
5. informację o dochodach (decyzja z ZUS, KRUS lub ośrodka pomocy społecznej)
6. postanowienie sądu o ubezwłasnowolnieniu
7. postanowienie sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego
8. postanowienie sądu zezwalające opiekunowi prawnemu na umieszczenie osoby podopiecznej w zakładzie opiekuńczo-leczniczym

* właściwe zakreślić