…….., ……
/miejscowość / /data/

……
/imię i nazwisko/*

……
/adres zamieszkania/*

……
/nr telefonu/*

Starosta Sokólski

Zwracam się z prośbą o skierowanie …….
/imię i nazwisko, adres zamieszkania

…… do:
numer PESEL osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu opiekuńczego

/wskazać zakład opiekuńczy, do którego osoba ubiega się o skierowanie/

1) Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Sokółce

2) Samodzielnego Publicznego Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego w Krynkach

na okres ……

……
/podpis/*

W załączeniu:
1. Zaświadczenie lekarskie
2. Wywiad pielęgniarski
3. Karta oceny świadczeniobiorcy kierowanego do zakładu opiekuńczego
4. Decyzja organu emerytalno – rentowego ustalającego wysokość emerytury lub renty albo decyzja o przyznaniu zasiłku stałego wyrównawczego lub renty socjalnej
5. Zgoda osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu na ponoszenie odpłatności za pobyt w zakładzie opiekuńczym.

Wyrażam / nie wyrażam** zgody na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu.

/*dotyczy występującego z wnioskiem o wydanie skierowania do Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Sokółce
/**niepotrzebne skreślić/