

Bydgoszcz, dnia.....

Imię.....

Nazwisko .....

PESEL .....

Adres .....

tel. ....

Adres do korespondencji .....

.....

Imię i nazwisko opiekuna .....

.....

Numer telefonu .....

Adres mailowy.....

**Zakład  
Opiekuńczo-Lecznicy  
ul. Smukalska 251  
85-485 Bydgoszcz**

### PROŚBA

Proszę o umieszczenie mnie w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy w Bydgoszczy przy ul. Smukalskiej 251.

Zobowiązuję się do pokrywania kosztów mojego utrzymania w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Wyrażam zgodę na to, aby ZUS, KRUS, ZER MSWiA, WBE bądź MOPS/ROPS bezpośrednio z mojej renty, emerytury lub zasiłku stałego\* potrącał koszty mojego utrzymania w zakładzie i przekazywał je bezpośrednio na konto bankowe Zakładu Opiekuńczo-Lecznicy.

.....  
/ podpis osoby kierowanej do  
zakładu lub opiekuna /

Załączniki:

1. Wniosek o wydanie skierowania do ZOL.

2. Wywiad pielęgniarzski i zaświadczenie lekarskie.
  3. Skierowanie do ZOL.
  4. Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel.
  5. Oświadczenie woli.
  6. Aktualna decyzja o świadczeniu emerytalno – rentowym, rencie socjalnej, zasiłku stałym (ksero).
  7. Legitymacja emerytalno-rentowa (ksero)
  8. Zaświadczenie lekarza psychiatry
- \* właściwe podkreślić

**Prośbę wypełnia pacjent lub jego opiekun.**