

**WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-  
-LECZNICZEGO/ZAKŁADU PIEŁĘGNACYJNO - OPIEKUŃCZEGO  
DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:**

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Adres zamieszkania

.....  
Numer PESEL, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis świadczeniobiorcy

Załączniki do wniosku:

- 1) Wywiad Pielęgniarki i Zaświadczenie Lekarskie
- 2) dokumenty stwierdzające wysokość dochodu osoby skierowanej do Zakładu (decyzja organu emerytalno – rentowego, decyzja o przyznaniu zasiłku stałego wyrównawczego, decyzja o przyznaniu renty socjalnej lub inne) wraz z załączoną zgodą świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego na potrącanie opłat za pobyt w zakładzie przez właściwy organ emerytalno – rentowy ze świadczenia emerytalno – rentowego zgodnie z odrębnymi przepisami lub do odbioru tych należności przez Zakład w przypadku przekazywania takich należności na adres Zakładu,
- 3) dokument potwierdzający otrzymanie środków z tytułu w/w decyzji lub innych dokumentów stwierdzających wysokość dochodu (odcinek emerytury lub renty, wyciąg bankowy lub inny dokument potwierdzający otrzymanie środków), za ostatni miesiąc przed złożeniem wniosku,
- 4) Karta oceny świadczeniobiorcy kierowanego do Zakładu/przebywającego w Zakładzie (tzw. Skala Barthel),
- 5) w przypadku współistnienia z rozpoznaniem zasadniczym choroby psychicznej – zaświadczenie wydane przez specjalistę o braku przeciwwskazań psychiatrycznych do pobytu w ZOL/ ZPO (ogólnym) z adnotacją o świadomej i dobrowolnej zgodzie pacjenta.
- 6) zgodę pacjenta na objęcie opieką przez Zakład Opiekuńczo – Leczniczy w Gryfowie Śląskim,
- 7) zgodę świadczeniobiorcy ubiegającego się o skierowanie do ZOL/ZPO na złożenie przez wskazaną osobę dokumentów koniecznych do wydania skierowania przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego,
- 8) zobowiązanie świadczeniobiorcy ubiegającego się o skierowanie do ZOL/ZPO do dobrowolnego uiszczania należności za pobyt w ZOL/ZPO, wyliczonej przez Księgowość Spółki zgodnie z obowiązującymi przepisami.
- 9) kserokopia dokumentu potwierdzającego uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotne (legitymacja emeryta lub rencisty, legitymacja KRUS)