

..... , dnia

.....
nazwisko i imię

.....
adres zamieszkania – ulica

.....
kod pocztowy, miejscowość

.....
PESEL

.....
nr telefonu

Wniosek o przyjęcie do Oddziału Opiekuńczo-Leczniczego

Uprzejmie proszę o przyjęcie mnie do Oddziału Opiekuńczo-Leczniczego Dolnośląskiego Centrum Rehabilitacji Sp. z o.o. w Kamiennej Górze ze względu na stan zdrowia wymagający leczenia i rehabilitacji oraz całodobowej pielęgnacji.

Jednocześnie oświadczam, że zobowiązuję się do uiszczenia opłaty za świadczenia pozamedyczne tj. wyżywienie i zakwaterowanie w sposób określony poniżej:

1. z mojego świadczenia (emerytura, renta, zasiłek, inne) będę przekazywał(a) miesięcznie 70% dochodu netto bezpośrednio do Kasy Spółki lub poprzez potrącenie należnej kwoty przez ZUS, KRUS, inne i przekazanie przelewem na konto Szpitala

.....
podpis osoby ubiegającej się o przyjęcie do Oddziału
lub jej przedstawiciela ustawowego

Do wniosku załączam następujące dokumenty:

1. Skierowanie do Oddziału Opiekuńczo-Leczniczego
2. Zaświadczenie lekarskie
3. Wywiad pielęgniarzki ze skalą Barthel
4. Dokumenty stwierdzające wysokość dochodu osoby ubiegającej się o przyjęcie do zakładu albo osoby zobowiązanej do ponoszenia odpłatności za pobyt w zakładzie:
 - 4.1. decyzja organu emerytalno-rentowego ustalającego wysokość emerytury albo renty wraz z odcinkiem z ostatniego miesiąca (kserokopia)
 - 4.2. decyzja o przyznaniu zasiłku stałego wyrównawczego lub renty socjalnej (kserokopia)
5. Dokument potwierdzający objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym (kserokopia)
6. Karty informacyjne leczenia (kserokopia)
7. Ksero dowodu osobistego