**WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-
-LECZNICZEGO/ZAKŁADU PIELĘGNACYJNO - 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 Pielęgnacyjno-Opiekuńczy PODLASIE prowadzony przez NZOZ „MD CARE" Sp. z o.o.,
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)