

.....
Nazwisko i imię

.....
Data i miejscowość

.....
Adres zamieszkania
.....

**Zakład Opiekuńczo-Lecznicy
w Drezdenku
ul. Piłsudskiego 8
66-530 Drezdenko**

Ze względu na swój stan zdrowia oraz brak możliwości samodzielnego funkcjonowania w środowisku domowym, zwracam się z prośbą o wydanie pozytywnej decyzji o skierowaniu do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Drezdenku, celem leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji.

Jednocześnie oświadczam, że wyrażam zgodę na potrącanie z moich świadczeń emerytalnych, rentowych, zasiłku, renty socjalnej* opłaty za pobyt w ZOL-u.

Do oświadczenia dołączam decyzję ustalającą wysokość świadczenia.

.....
(podpis osoby ubiegającej się)

**niepotrzebne skreślić*

Wyrażam zgodę na złożenie wniosku w tej sprawie przez:

1. Przedstawiciela ustawowego

.....
(imię i nazwisko, adres zamieszkania)

2. Inną osobę

.....
(imię i nazwisko, adres zamieszkania)

3. Przez zakład opieki zdrowotnej

.....
(nazwa jednostki)

.....
(podpis osoby ubiegającej się)