

.....  
/nazwisko i imię/

.....  
/miejsowość, data/

.....  
/adres zamieszkania/

.....

**Powiatowe Centrum Medyczne  
w Wieruszowie**

Proszę o skierowanie mnie do Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego w Wieruszowie,  
ponieważ stan mojego zdrowia wymaga całodobowej opieki i pielęgnacji.

.....  
/czytelny podpis wnioskodawcy/

lub

.....  
/czytelny podpis przedstawiciela ustawowego \*/

\* za zgodą wnioskodawcy, bądź jego przedstawiciela ustawowego wniosek może podpisać inna osoba lub zakład  
opieki zdrowotnej

.....  
/nazwisko i imię/

.....  
/miejsowość, data/

.....  
/adres zamieszkania/

.....

**Oświadczenie**

W związku ze skierowaniem mnie do Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego  
w Wieruszowie, wyrażam zgodę na potrącanie opłaty za mój pobyt w zakładzie z moich  
świadczeń emerytalnych, rentowych, zasiłku stałego, renty socjalnej\*.

Decyzje o waloryzacji mojej emerytury, renty\* proszę przesyłać na adres zakładu,  
w którym obecnie przebywam.

.....  
/czytelny podpis/

\* - niepotrzebne skreślić

Do oświadczenia należy dołączyć decyzję ustalającą wysokość: emerytury, renty, zasiłku stałego, renty socjalnej.