........................................................................... Iłża, dnia ……………………..

*Imię i nazwisko pacjenta/tki*

..........................................................................

*Adres zamieszkania*

...........................................................................

*PESEL, a w przypadku jego braku-nr dokumentu potwierdzającego tożsamość*

........................................................................

*Telefon kontaktowy*

***Sz. P.***

***Joanna Pionka***

***Dyrektor***

***Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej***

***Szpital w Iłży***

***ul. Bodzentyńska 17***

***27-100 IŁŻA***

Proszę o przyjęcie/wydanie\* skierowania do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego ze względu na zły stan zdrowia. Wyrażam zgodę na pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym i zgadzam się na pobieranie opłat   
z mojej renty/emerytury, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami, niezbędnych   
na utrzymanie mnie w zakładzie.

..............................................................................

*Podpis osoby ubiegającej się o miejsce w ZOL lub opiekuna/kuratora\**

*\*)* Jeżeli podpis jest niemożliwy, należy to zapisać i załączyć notarialne pełnomocnictwo lub zgodę na umieszczenie w ZOL.

**Załączniki:**

1. Wniosek o wydanie skierowania do zakładu opiekuńczo-leczniczego/ zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego;
2. Wywiad pielęgniarski i zaświadczenie lekarskie;
3. Skierowanie do zakładu opiekuńczo-leczniczego;
4. Karta oceny-badanie funkcjonalne wskaźnik Barthel – przy liczbie O punktów obowiązuje dodatkowo skala Glasgow;
5. Zgoda świadczeniobiorcy na potrącenie opłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym, oświadczenie, dane osobowe;
6. Dokument poświadczający posiadanie stałego dochodu (oryginał aktualnej decyzji emerytalno-rentowej tj. decyzji o przyznaniu świadczenia z ZUS, KRUS lub innej instytucji: GOPS, MOPS, inne);
7. Kserokopie kart informacyjnych lub innej dokumentacji medycznej z leczenia w placówkach medycznych *(oryginał do wglądu);*
8. Kserokopia pełnomocnictwa lub sądowego ustanowienia opiekuna prawnego/ kuratora osoby niepełnosprawnej *(oryginał do wglądu).*