

**DANE OPIEKUNA PRAWNEGO/KURATORA**

.....  
Imię i nazwisko  
.....

.....  
Adres zamieszkania, nr telefonu do kontaktu

**DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:**

.....  
Imię i nazwisko

PESEL.....

.....  
Adres zamieszkania, nr telefonu do kontaktu

**WNIOSEK**

Ze względu na sytuację zdrowotną mojej/go podopiecznej/go całkowicie\*/częściowo\* ubezwłasnowolnionej/go proszę o przyjęcie jej/jego do Psychiatrycznego Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego Mazowieckiego Specjalistycznego Centrum Zdrowia im. prof. Jana Mazurkiewicza w Pruszkowie, ul. Partyzantów 2/4.

Jednocześnie oświadczam, że wyrażam zgodę na ponoszenie opłaty za jej/jego\* pobyt w Zakładzie zgodnie z obowiązującymi przepisami, tj. 70% miesięcznego dochodu w rozumieniu art. 18 ust.1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. 2018.1510 z późn. zm.) w związku z art. 8 ust. 3 ustawy o pomocy społecznej (t.j. Dz.U. 2018.1508 z późn. zm.).

.....  
Czytelny podpis opiekuna prawnego/kuratora

.....  
Czytelny podpis świadczeniobiorcy

Miejscowość, data .....



Mazowieckie Specjalistyczne  
Centrum Zdrowia  
im. prof. Jana Mazurkiewicza