

....., dnia.....

(miejscowość)

Starosta Gostyński

Ze względu na sytuację zdrowotną proszę o wydanie skierowania do Zakładu Opiekuńczo –
Leczniczego w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Gostyniu

1. Imię i nazwisko
2. PESEL
3. Miejsce zamieszkania
4. Data i miejsce urodzenia
5. Stan cywilnynr dowodu
6. Kontakt z opiekunem (rodziną)

.....
(imię, nazwisko, adres, telefon)

Objęcie ubezpieczeniem przez*:

1. Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ
2. Inny Oddział Wojewódzki NFZ
3. Nieubezpieczony

* niepotrzebnie skreślić

Równocześnie oświadczam, że wyrażam zgodę na potrącanie opłaty za pobyt w zakładzie
przez płatnika świadczeń emerytalno – rentowych, zgodnie z obowiązującymi przepisami.**

*** Osoba przebywająca w zakładzie opiekuńczo-leczniczym ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania.
Miesięczną opłatę ustala się w wysokości odpowiadającej 250% najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa
niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, osoby przebywającej
w zakładzie opiekuńczo-leczniczym.*

.....
(data i podpis osoby kierowanej do ZOL
lub jej przedstawiciela ustawowego)