

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DOTYCZĄCY OSOBY CHOREJ  
DOM DZIENNEJ OPIEKI DLA OSÓB STARSZYCH**

Prosimy uzupełnić czytelnie drukowanymi literami lub komputerowo, wstawić znak „x” w wybrane pola.

<b>Dane osobowe</b>	IMIĘ	
	NAZWISKO	
	PESEL	
	DATA URODZENIA dd mm rrrr	
	WIEK W CHWILI ZGŁOSZENIA	
	WYKSZTAŁCENIE	
<b>Dane kontaktowe</b>	WOJEWÓDZTWO	
	POWIAT	
	GMINA	
	MIEJSCOWOŚĆ	
	ULICA	
	NR BUDYNKU	
	NR LOKALU	
	KOD POCZTOWY	
	TELEFON KONTAKTOWY	
	E-MAIL	



<b>Informacje dodatkowe – świadczenia, orzeczenia</b>	ŚWIADCZENIE EMERYTALNE	<input type="checkbox"/>		
	ŚWIADCZENIE RENTOWE	<input type="checkbox"/>		
	<b>ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI</b>	BEZTERMINOWE	<input type="checkbox"/>	TERMINOWE DO: .....
		ZNACZNE	<input type="checkbox"/>	
		UMIARKOWANE	<input type="checkbox"/>	
	LEKKIE	<input type="checkbox"/>		
<b>Informacje dodatkowe – sytuacja socjalna</b>	<b>GOSPODARSTWO DOMOWE</b>	JEDNOOSOBOWE	<input type="checkbox"/>	
		Z RODZINĄ	<input type="checkbox"/>	
	<b>INNE WYKORZYSTYWANE FORMY POMOCY</b>	RODZINA	<input type="checkbox"/>	
		SĄSIEDZI	<input type="checkbox"/>	
		PARAFIA	<input type="checkbox"/>	
		OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ	<input type="checkbox"/>	
		INNE Prosimy opisać	<input type="checkbox"/>	
		NIE MAM DODATKOWEJ POMOCY	<input type="checkbox"/>	
	<b>INNE NIEKORZYSTNE SYTUACJE SPOŁECZNE</b> Prosimy opisać			



1. Uprowadzony(a) o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu Zgłoszeniowym Osoby Chorej są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jednocześnie zobowiązuję się poinformować Hospicjum w przypadku, gdy podane dane ulegną zmianie.
2. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przeprowadzenie wizyty środowiskowej i wywiadu przez pielęgniarkę hospicjum w moim miejscu zamieszkania.
3. Oświadczam, iż zapoznałam/em się z Regulaminem Domu Diennej Opieki dla Osób Starszych Hospicjum św. Ojca Pio w Pszczynie, akceptuję zawarte w nim zasady i zobowiązuję się je przestrzegać.

.....  
miejsce i data

.....  
podpis osoby chorej

