

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DOTYCZĄCY OPIEKUNA FAKTYCZNEGO
DOM DZIENNEJ OPIEKI DLA OSÓB STARSZYCH**

Dane osobowe	IMIĘ	
	NAZWISKO	
	PESEL	
	WIEK W CHWILI ZGŁOSZENIA	
Dane kontaktowe	WOJEWÓDZTWO	
	POWIAT	
	GMINA	
	MIEJSCOWOŚĆ	
	ULICA	
	NR BUDYNKU	
	NR LOKALU	
	KOD POCZTOWY	
	TELEFON KONTAKTOWY	
	E-MAIL	
Informacje dodatkowe - status na rynku pracy	OSOBA PRACUJĄCA	<input type="checkbox"/> ZAWÓD WYKONYWANY:
	OSOBA BIERNA ZAWODOWO	<input type="checkbox"/>
Informacje dodatkowe -	ŚWIADCZENIE EMERYTALNE	<input type="checkbox"/>
	ŚWIADCZENIE RENTOWE	<input type="checkbox"/>



	ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	BEZTERMINOWE <input type="checkbox"/>	TERMINOWE DO:
		ZNACZNE <input type="checkbox"/>	
		UMIARKOWANE <input type="checkbox"/>	
		LEKKIE <input type="checkbox"/>	
Inna niekorzystna sytuacja społeczna			

1. Osoba chora, dla której jestem opiekunem faktycznym i która zgłasza się do Domu Opieki Diennej dla Osób Starszych Hospicjum św. Ojca Pio to Pani/Pan:

.....

2. Uprzedzony(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 Opiekuna Faktycznego są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jednocześnie zobowiązuję się poinformować Hospicjum w przypadku, gdy podane dane ulegną zmianie.

3. W wypadku wspólnego gospodarstwa domowego ze zgłaszaną osobą chorą oświadczam, iż wyrażam zgodę na przeprowadzenie wizyty środowiskowej i wywiadu przez pielęgniarkę hospicjum w miejscu zamieszkania.

4. 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.

.....
miejsowość i data

.....
podpis opiekuna faktycznego



Hospicjum św. Ojca Pio – Pszczyna 43-200, ul. Marii Curie-Skłodowskiej 1 A
www.hospicjumojcapio.pl, e-mail: pio@hospicjumojcapio.pless.pl