

WNIOSEK
O WYDANIE SKIEROWANIA DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO
PSYCHIATRYCZNEGO W WOJEWÓDZKIM SZPITALU SPECJALISTYCZNYM DLA
NERWOWO I PSYCHICZNIE CHORYCH SP ZOZ W CIBORZU

Nazwisko i imię	
Adres zameldowania (miejscowość, kod miejscowości,, ulica i nr domu)	
Województwo, powiat	
Data i miejsce urodzenia	
PESEL	
Dowód osobisty (seria, nr)	
Ubezważnowolniony (całkowicie, częściowo)	
Postanowienie Sądu – zgoda na umieszczenie w ZOL (sygn. akt, kto wydał)	
Postanowienie Sądu – umieszczenie w ZOL bez wymaganej zgody (sygn. akt, kto wydał)	
Kontakt z opiekunem prawnym, kuratorem, rodziną (imię i nazwisko, adres, telefon kontaktowy)	
Obecne miejsce pobytu	

Wyrażam zgodę na umieszczenie mnie w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym Psychiatrycznym w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym dla Nerwowo i Psychicznie Chorych SP ZOZ w Ciborzu i na odpłatność za pobyt w ZOL zgodnie z art. 18 ust. 1 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. z 2017r. poz. 1938 z późn. zm.) w związku z art. 8 ust. 3 ustawy o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004r. (tj. Dz.U. z 2017r. poz. 1769 z późn. zm.) oraz na pokrycie z mojego konta depozytowego brakującej części opłaty.

.....
 Data i podpis osoby kierowanej do ZOL lub jej przedstawiciela ustawowego *

.....
 (potwierdzenie zgodności podpisu)

*** w przypadku, gdy z wnioskiem występuje opiekun prawny osoby kierowanej do ZOL-u w Ciborzu, wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego na umieszczenie pacjenta(ki) w Zakładzie Opiekuńczo- Lecznicznym Psychiatrycznym.**