Miejscowość, ... data .....

W N I O S E K

osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej

Imię i Nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

Na podstawie art. 54 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej /t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1876 z późn. zm/ zwracam się z prośbą o rozpatrzenie możliwości umieszczenia w domu pomocy społecznej.

UZASADNIENIE WNIOSKU*

(wypełnia osoba ubiegająca się o umieszczenie lub jej przedstawiciel ustawowy)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*data, czytelny podpis osoby***

Do wniosku załączam:

1. zaświadczenie lekarskie
2. zaświadczenie o wysokości dochodu.
3. decyzję organu rentowo- emerytalnego, lub decyzje o przyznaniu zasiłku stałego lub inny dokument potwierdzający dochód.
4. inne dokumenty (jakie?)

   .....

.....

..

* uzasadnienie powinno zawierać wskazanie przyczyny z powodu których osoba ubiega się o umieszczenie w domu pomocy społecznej

** czytelny podpis osoby ubiegającej się lub jej przedstawiciela ustawowego

pieczątka zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o skierowanie
do Domu Pomocy Społecznej

„Osobie wymagającej całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, niemogącej samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, której nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych, przysługuje prawo do umieszczenia w domu pomocy społecznej"
Art. 54 Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2018r., poz. 1508 ze zm.)

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej .....
2. Data i miejsce urodzenia: .....
3. Adres zamieszkania.....
4. Od jak dawna pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie:

5. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

6. Uszkodzenie innych narządów i układów, choroby współistniejące:

7. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie:.....
.....

8. Osoba wymaga opieki pielęgnacyjnej w zakresie:

:.....
.....
:.....
.....
:.....

9. .Czy osoba była leczona psychiatrycznie:

1. TAK 2. NIE

10.Czy istnieje konieczność konsultacji pacjenta przez[1]:

Lekarza psychiatrę 1. TAK 2. NIE

Psychologa 1. TAK 2. NIE

11.Czy osoba ze względu na stan zdrowia wymaga:

całodobowej opieki: 1. TAK 2. NIE

wzmożonej opieki medycznej: 1. TAK 2. NIE

12.Badana osoba ze względu na stan zdrowia wymaga/nie wymaga skierowania do:

☐ Domu Pomocy Społecznej
(dotyczy osoby wymagającej całodobowej opieki)

☐ Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego
(dotyczy osób wymagających wzmożonej opieki medycznej)

☐ Placówki Pielęgnacyjno-Opiekuńczej
(dotyczy osób wymagających wzmożonej opieki medycznej)

stale 1. TAK 2. NIE

okresowo 1. TAK 2. NIE

Proszę podać na jaki okres czasu:.....

13.W przypadku domu pomocy społecznej należy określić typ domu ze względu na występujące schorzenia:

☐ dla osób w podeszłym wieku

☐ dla osób przewlekle somatycznie chorych

☐ dla osób przewlekle psychicznie chorych

☐ dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie

☐ dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie

☐ dla osób niepełnosprawnych fizycznie

Miejscowość: .....

Data:.....

.....

Podpis i pieczątka lekarza

---

[1] w wypadku wystąpienia choroby psychicznej u osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej do niniejszego zaświadczenia lekarskiego dołącza się zaświadczenie lekarza psychiatry
w wypadku występowania upośledzenia umysłowego u osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej do niniejszego zaświadczenia lekarskiego dołącza się zaświadczenie psychologa

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że wyrażam zgodę na ponoszenie opłaty za pobyt w domu pomocy społecznej w wysokości 70 % posiadanego dochodu, stanowiącego podstawę naliczenia odpłatności za dps oraz przekazywanie i potrącanie jej z posiadanych dochodów na rzecz Domu Pomocy Społecznej.

.....
(czytelny podpis)

Raszków, dnia .....

.....

(potwierdzam własnoręczność podpisu)