**Wniosek o przyjęcie**

**do Zakładu dla Chronicznie Chorych Kobiet**

**CZĘŚĆ I. DANE OSOBY, KTÓREJ DOTYCZY WNIOSEK**

(wypełnia opiekun)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **DANE OSOBY**  **ZGŁOSZONEJ DO PRZYJĘCIA** | | **UWAGI** |
|  | imię i nazwisko |  |  |
|  | nazwisko rodowe |  |  |
|  | imiona rodziców | matka  ojciec |  |
|  | nazwisko rodowe matki |  |  |
|  | data i miejsce urodzenia |  |  |
|  | adres zameldowania |  |  |
|  | adres zamieszkania |  |  |
|  | seria i numer  dowodu osobistego |  |  |
|  | numer PESEL |  |  |
|  | wyznanie |  |  |
|  | stan cywilny |  |  |
|  | imię małżonka |  |  |
|  | wykształcenie  i zawód |  |  |
|  | uprawnienie  do emerytury/renty |  |  |
|  | data złożenia wniosku |  |  |

**CZĘŚĆ II. DANE OPIEKUNA**

(wypełnia opiekun)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **DANE OPIEKUNA OSOBY ZGŁOSZONEJ** | | **UWAGI** |
| 1. | imię i nazwisko |  |  |
| 2. | adres zamieszkania |  |  |
| 3. | numer PESEL |  |  |
| 4. | stopień pokrewieństwa albo podstawa prawna do sprawowania opieki |  |  |
| 5. | telefon |  |  |
| 6. | inne formy kontaktu  np. e-mail |  |  |

**CZĘŚĆ III. OSOBA ODPOWIEDZIALNA ZA POGRZEB**

(wypełnia opiekun)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **IMIĘ I NAZWISKO** | **STOPIEŃ POKREWIEŃ-STWA** | **ADRES** | **TELEFON** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |

*Zobowiązuję się poinformować ww osoby o przekazaniu ich danych Zakładowi*

*podpis opiekuna*

**CZĘŚĆ IV. DECYZJA KWALIFIKACYJNA**

(wypełnia dyrektor)

|  |  |
| --- | --- |
| **DECYZJA KWALIFIKACYJNA** | **UWAGI** |
| Osoba zgłoszona kwalifikuje się do przyjęcia  do Zakładu dla Chronicznie Chorych Kobiet |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*miejscowość i data podpis dyrektora*

**CZĘŚĆ V. INFORMACJA O WOLNYM MIEJSCU**

(wypełnia dyrektor)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **DATA ZAWIADOMIENIA**  **O WOLNYM MIEJSCU** | **DECYZJA/USTALENIE**  **DATY PRZYJĘCIA** | **UWAGI**  **PODPIS** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |

**Dwukrotna odmowa**

**powoduje przesunięcie wniosku na koniec kolejki osób oczekujących.**

**Kolejna odmowa spowoduje anulowanie wniosku.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*miejscowość i data podpis dyrektora*