



ZAŚWIADCZENIE O POTRZEBIE WSPARCIA

Zaświadczam, że Pani/Pan:

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Adres korespondencyjny (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

.....
Numer PESEL Świadczeniobiorcy, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość Świadczeniobiorcy

wymaga objęcia wsparciem w postaci:

- dziennego domu pomocy
- specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania
- usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz pieczęć podmiotu leczniczego, w przypadku gdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego wykonuje zawód w tym podmiocie lub pielęgniarki

Projekt nr FEWP.06.13-IZ.00-0049/23

„Kompleksowy program usług społecznych i zdrowotnych dla niesamodzielnych osób starszych, osób z niepełnosprawnościami oraz osób w kryzysie zdrowia w powiecie obornickim”