

Siedlce, dnia

Imię i nazwisko

.....

Adres zamieszkania

.....

.....

Objęcie ubezpieczeniem przez:

1. Mazowiecką Regionalną Kasę Chorych
2. Branżową Kasę Chorych
3. Nieubezpieczony
(niepotrzebne skreślić)

WNIOSEK

Ze względu na sytuację zdrowotną proszę o przyjęcie mnie do Domu Pomocy Społecznej. Równocześnie oświadczam, że wyrażam zgodę na potrącenie opłat za pobyt w zakładzie przez właściwy organ emerytalno-rentowy ze świadczenia emerytalno-rentowego lub zasiłku z pomocy społecznej przez Dom Pomocy Społecznej zgodnie z obowiązującymi przepisami.

.....
(data)

.....
(podpis)