

**OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ
DZIELNICY BIELANY
m. st. WARSZAWY
ul. Przybyszewskiego 80/82
01-824 Warszawa**

WNIOSEK O OBJĘCIE POMOCĄ W FORMIE USŁUG OPIEKUŃCZYCH

Imię i nazwisko.....rok urodzenia.....

zam.....nr telefonu.....

Zamieszkuje samotnie / z rodziną (*niepotrzebne skreślić*).Telefon kontaktowy do rodziny

.....

Przewidywany termin wypisu ze szpitala (w przypadku pobytu w szpitalu) dnia

Rozpoznanie choroby.....

.....
pieczętka i podpis