



Gminne Centrum Usług Społecznych w Szczytnie

ul. Towarowa 3, 12-100 Szczytno

e-mail : cus@ug.szczytno.pl, tel. (89) 613-11-37

NIP : 745-158-69-80, REGON : 004458799

adres doręczeń elektronicznych (ADE): AE:PL-99479-56861-RHRVE-33

WNIOSEK O SKIEROWANIE DO ŚRODOWISKOWEGO DOMU SAMOPOMOCY W SZCZYTNO

.....
(nazwisko i imię wnioskodawcy)

zam.

(adres wnioskodawcy)

12 -100 Szczytno

PESEL:, data urodzenia :

nr telefonu :

**Do Dyrektora
GCUS w Szczytnie
ul. Towarowa 3
12-100 Szczytno**

Proszę o skierowanie mnie do Środowiskowego Domu Samopomocy w Szczytnie w charakterze uczestnika.

Jednocześnie informuję, że jestem osobą niepełnosprawną, podlegam leczeniu i wymagam objęcia specjalistyczną opieką w środowiskowym domu samopomocy.

Do wniosku załączam :

☐ * Zaświadczenie lekarskie lekarza psychiatry / neurologa o występujących zaburzeniach psychicznych

☐ * Zaświadczenie lekarza rodzinnego o stanie zdrowia i o braku przeciwwskazań do uczestnictwa w zajęciach

☐ * Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności
(PZdsOoN, WZdsOoN, ZUS, KRUS, inna instytucja)

.....
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

* wstawić znak **X** we właściwe miejsce

