

2. W chwili badania wyżej wymieniona osoba wymaga sprzętu rehabilitacyjnego

Tak Nie

Jeżeli tak, należy wymienić jakiego.....

3. Stwierdza się, iż w chwili badania w/w osoba wymaga/ nie wymaga usług opiekuńczych.

4. W chwili badania są / nie ma przeciwwskazań do skierowania w/w osoby do Mieszkania Chronionego

Jeżeli są, należy podać jakie.....

.....

.....

5. Uwagi

.....

.....

.....
Data, podpis i pieczęć lekarza

III. Oświadczenie osoby ubiegającej się o pomoc w formie pobytu w mieszkaniu chronionym lub jej przedstawiciela ustawowego:

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody na gromadzenie i przechowywanie moich danych osobowych w związku z ubieganiem się o pobyt w Mieszkaniu Chronionym.

.....

Data i podpis osoby ubiegającej się o pobyt w mieszkaniu chronionym lub jej przedstawiciela ustawowego

*Niepotrzebne skreślić

