Chełmno, dnia ........................

  **WNIOSEK**

 **OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O SKIEROWANIE DO DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ**

Imię i nazwisko..........................................................................................................................

Data i miejsce urodzenia...........................................................................................................

Adres zamieszkania...................................................................................................................

Nr PESEL...................................................................................................................................

Nr dowodu osobistego............................................................................................................

Zwracam się z prośbą o umieszczenie mnie w domu pomocy społecznej i jednocześnie wyrażam zgodę na pokrywanie kosztów za pobyt w domu pomocy społecznej, ustalonej zgodnie z ustawą o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004r. z późniejszymi zmianami.

Uzasadnienie wniosku............................................................................................................................

..................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej z siedzibą w Chełmnie, ul. Gen. J. Hallera 11 w zakresie niezbędnym w postępowaniu o skierowanie do domu pomocy społecznej.

Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

Do wniosku załączam:

1.zaświadczenie lekarskie

2.dokumenty potwierdzające wysokość dochodu

3.inne dokumenty:

 ................................................

 czytelny podpis wnioskodawcy