

.....
(pieczęć nagłówekowa)

Sławno, dnia

Imię i Nazwisko

Adres.....

.....

Data urodzenia.....

Telefon.....

**Kierownik Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej
w Sławnie
ul. Mielczarskiego 1
76-100 Sławno**

Wniosek o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy w Sławnie

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

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

.....
(podpis uczestnika/opiekuna prawnego)

W załączeniu:

1. Zaświadczenie lekarskie lekarza psychiatry/neurologa o występujących zaburzeniach psychicznych.
2. Zaświadczenie lekarza rodzinnego o stanie zdrowia i o braku przeciwwskazań do uczestnictwa w zajęciach.
3. Orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności o ile osoba takie posiada.