

[Miejscowość], dnia [Aktualna data]

[Twoje Imię i Nazwisko]

[Twój Adres Zamieszkania]

[Twój Numer Telefonu]

[Nazwa Miejskiego/Gminnego

Ośrodka Pomocy Społecznej]

[Adres MOPS/GOPS]

[Kod Pocztowy i Miejscowość

MOPS/GOPS]

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na umieszczenie mnie w Domu Pomocy Społecznej dla Osób z Chorobą Alzheimera w Ptaszkach z filią w Kukawkach.

Jednocześnie wyrażam zgodę na ponoszenie odpłatności za mój pobyt w ww. Domu Pomocy Społecznej, w wysokości ustalonej zgodnie z Ustawą o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r. (tekst jednolity Dz.U. z 2024 r., poz. 163 ze zm.).

[Twój odręczny podpis]

[Twoje Imię i Nazwisko – czytelnie]