

**OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ  
DZIELNICY BIELANY  
m. st. WARSZAWY  
ul. Przybyszewskiego 80/82  
01-824 Warszawa**

**WNIOSEK O OBJĘCIE POMOCĄ W FORMIE USŁUG OPIEKUŃCZYCH**

Imię i nazwisko.....rok urodzenia.....

zam.....nr telefonu.....

Zamieszkuje samotnie / z rodziną (*niepotrzebne skreślić*).Telefon kontaktowy do rodziny

.....

Przewidywany termin wypisu ze szpitala (w przypadku pobytu w szpitalu) dnia .....

Rozpoznanie choroby.....

.....  
pieczętka i podpis