



Załącznik Nr 17 do Zarządzenia Nr 10/2026
Kierownika MGOPS w Drawsku Pomorskim
z dnia 24 sierpnia 2026 r.

**Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej
w Drawsku Pomorskim**
ul. Starogrodzka 9, 78-500 Drawsko Pomorskie
tel. 94 36 344 21, 94 36 344 22, e-mail: opieka_drawsko@post.pl

Drawsko Pomorskie, dnia.....

WNIOSEK
osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania.....

Nr PESEL.....

Na podstawie art. 54 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej zwracam się z prośbą o rozpatrzenie możliwości umieszczenia w domu pomocy społecznej.

UZASADNIENIE WNIOSKU
(wypełnia osoba ubiegająca się o umieszczenie lub jej przedstawiciel ustawowy)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*data, czytelny podpis osoby**

Do wniosku załączam:

- 1 zaświadczenie lekarskie
- 2 dokumentację medyczną,
- 3 inne dokumenty

(jakie?)
.....
.....

* podpis osoby ubiegającej się lub jej przedstawiciela ustawowego

Zgodnie z art. 61 ust.1 pkt. 2 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej osobami obowiązаныmi do ponoszenia odpłatności za mój pobyt w domu pomocy społecznej są:
mąż, żona, zstępni – dzieci/wnuki, wstępni – rodzice/dziadkowie

1. Imię i nazwisko

Stopień pokrewieństwa:

/mąż/żona/syn/córka/wnuk/wnuczka/ojciec/matka/

Miejsce zamieszkania lub pobytu

.....

Nr telefonu

2. Imię i nazwisko

Stopień pokrewieństwa:

/mąż/żona/syn/córka/wnuk/wnuczka/ojciec/matka/

Miejsce zamieszkania lub pobytu

.....

Nr telefonu

3. Imię i nazwisko

Stopień pokrewieństwa:

/mąż/żona/syn/córka/wnuk/wnuczka/ojciec/matka/

Miejsce zamieszkania lub pobytu

.....

Nr telefonu

4. Imię i nazwisko

Stopień pokrewieństwa:

/mąż/żona/syn/córka/wnuk/wnuczka/ojciec/matka/

Miejsce zamieszkania lub pobytu

.....

Nr telefonu

5. Imię i nazwisko

Stopień pokrewieństwa:

/mąż/żona/syn/córka/wnuk/wnuczka/ojciec/matka/

Miejsce zamieszkania lub pobytu

.....

Nr telefonu

6. Imię i nazwisko

Stopień pokrewieństwa:

/mąż/żona/syn/córka/wnuk/wnuczka/ojciec/matka/

Miejsce zamieszkania lub pobytu

.....

Nr telefonu

7. Imię i nazwisko

Stopień pokrewieństwa:

/mąż/żona/syn/córka/wnuk/wnuczka/ojciec/matka/

Miejsce zamieszkania lub pobytu

.....

Nr telefonu

Oświadczam, że powyższe dane są prawdziwe

.....

(podpis wnioskodawcy)



Załącznik nr 18 do Zarządzenia Nr 10/2026
Kierownika MGOPS w Drawsku Pomorskim
z dnia 24 sierpnia 2026r.

Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej
w Drawsku Pomorskim
ul. Starogrodzka 9, 78-500 Drawsko Pomorskie
tel. 94 36 344 21, 94 36 344 22, e-mail: opieka_drawsko@post.pl

Drawsko Pomorskie

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że wyrażam zgodę na ponoszenie opłaty za pobyt w domu pomocy społecznej w wysokości 70 % posiadanego dochodu (renta, emerytura, zasiłek stały itp.), stanowiącego podstawę naliczenia odpłatności za DPS oraz przekazywanie i potrącanie jej z posiadanych dochodów na rzecz Domu Pomocy Społecznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

.....

(czytelny podpis)

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE*

1.	IMIE I NAZWISKO osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej IMIE I NAZWISKO osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej wiek.....	
2.	Jest osobą przewlekle chorą i stan jej zdrowia nie wymaga leczenia szpitalnego ☐ 1. tak ☐ 2. nie	
3.	Wymaga ze względu na stan zdrowia całodobowej opieki: stale ☐ 1. tak ☐ 2. nie okresowo ☐ 1. tak ☐ 2. nie	
4.	Proszę podać zakres świadczeń zdrowotnych niezbędnych do zapewnienia przez dom pomocy społecznej - pielęgnacja chorych, ☐ - rehabilitacja lecznicza, ☐ - pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnymi, ☐ - badania i terapia psychologiczna, ☐ - leczenie, badania i porady lekarskie, ☐ - działania zapobiegawcze ☐	
5.	Czy istnieją przeciwwskazania do umieszczenia w domu pomocy społecznej ☐ 1. tak ☐ 2. nie - Zalecana konsultacja lekarza psychiatry * ☐ 1. tak ☐ 2. nie - Zalecana konsultacja psychologa ** ☐ 1. tak ☐ 2. nie	
6.	Powinien (powinna) być umieszczony(a) w domu pomocy społecznej na pobyt całodobowy o profilu: * Powinien (powinna) być umieszczony(a) w domu pomocy społecznej na pobyt całodobowy o profilu: * 1) dla osób w podeszłym wieku, 2) dla osób przewlekle somatycznie chorych, 3) dla osób przewlekle psychicznie chorych, 4) dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie, 5) dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie, 6) dla osób niepełnosprawnych fizycznie, *właściwe podkreślić	

Miejscowość

Data

Podpis i pieczęć lekarza

* W wypadku występowania **choroby psychicznej** u osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej, do niniejszego zaświadczenia lekarskiego dołącza się zaświadczenie **lekarza psychiatry**.

** W wypadku występowania **upośledzenia umysłowego** u osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej, do niniejszego zaświadczenia lekarskiego dołącza się zaświadczenie **psychologa**.



Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

*Załącznik nr 20 do Zarządzenia Nr 10/2026
Kierownika MGOPS w Drawsku Pomorskim
z dnia 24 sierpnia 2026r.*

Drawsko Pomorskie, dnia

***Zaświadczenie lekarskie
o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej***

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej
.....
..... (opis w języku polskim)

2. Przebieg schorzenia podstawowego
.....
.....

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące
.....

4. Rokowanie (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja
.....

**5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne, środki pomocnicze i sprzęt rehabilitacyjny,
ewentualne potrzeby w tym zakresie**
.....

**6. Wykaz wykonywanych badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych, innej
dokumentacji medycznej istotnej dla oceny stanu zdrowia (w załączeniu)**
.....
.....

7. Zakres sprawowanej opieki i pielęgnacji:

1) osoba jest **leżąca***, porusza się: **samodzielnie***, **o kulach***, **na wózku inwalidzkim***, z pomocą drugiej osoby*;

2) **przyjmuje pokarmy samodzielnie***, jest karmiona przez drugą osobę*, wymaga stosowania specjalnej diety (jakiej?).....

3) **rodzaje ograniczenia innych czynności** (np. mycie się, ubieranie, załatwianie czynności fizjologicznych).....

4) rodzaj i częstotliwość zabiegów pielęgnacyjnych wykonywanych w ciągu dnia.....

5) rodzaje i liczba zabiegów rehabilitacyjno – leczniczych wykonywanych w domu i poza domem w ciągu dnia*, tygodnia*, miesiąca*.....

6) częstotliwość wizyt lekarskich w domu*, poza domem*, w tygodniu*, miesiącu*.....

8. Czy aktualnie stwierdza się:

chorobę zakaźną (jaką):.....

gruźlicę płuc lub innych narządów:.....

chorobę weneryczną (jaką).....

utratę wzroku: **tak/nie**, w jakim stopniu:.....

padaczkę: **tak/nie**.....

chorobę psychiczną: **tak/nie**, jaką:.....

inne kalectwo:.....

Czy chory może być niebezpieczny: dla siebie: **tak/nie**, dla innych: **tak/nie**

dlatego:.....

.....
pieczętka i podpis
lekarza wystawiającego zaświadczenie

* niepotrzebne skreślić



Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej

*Załącznik nr 21 do Zarządzenia Nr 10/2026
Kierownika MGOPS w Drawsku Pomorskim
z dnia 24 sierpnia 2026r.*

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Pani/Pan.....

zam......

świadomie i z własnej woli podjęła/podjął decyzję o zamieszkaniu w domu pomocy społecznej.

.....
podpis osoby ubiegającej się
o umieszczenie w DPS

.....
data, podpis i pieczętka lekarza



Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

Zaświadczenie wydaje lekarz psychiatra dla osoby chorej psychicznie
ubiegającej się o skierowanie do domu
pomocy społecznej

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY

1. **Imię i nazwisko osoby** ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej

.....**wiek**

2. **Szczegółowa diagnoza psychiatryczna**

.....

3. **Przebieg leczenia:**

a. data pierwszej hospitalizacji, ostatniej.....

b. liczba hospitalizacji, łączny czas hospitalizacji

c. główne powody hospitalizacji

.....

4. **Opis aktualnego stanu zdrowia psychicznego osoby badanej i prognoza stanu zdrowia**

.....

.....

.....

5. **Charakterystyczne cechy funkcjonowania w środowisku osoby ubiegającej się**
o skierowanie do domu pomocy społecznej

.....

.....

6. Lekarz prowadzący (imię i nazwisko, adres, numer telefonu)

.....

7. Uwagi uzupełniające i zalecenia lekarza

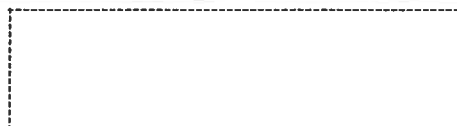
.....

.....

.....

Miejscowość.....

Data



podpis i pieczęć lekarza psychiatry

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

Załącznik nr 23 do Zarządzenia Nr 10/2026
Kierownika MGOPS w Drawsku Pomorskim
z dnia 24 sierpnia 2026r.

Zaświadczenie wydaje psycholog dla osoby upośledzonej
umysłowo ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy
społecznej (dla dzieci od 3 roku życia zaświadczenie
wystawia tylko poradnia psychologiczno – pedagogiczna)

ZAŚWIADCZENIE PSYCHOLOGA

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej
.....
2. Stwierdza się upośledzenie umysłowe w stopniu IQ:.....
3. Charakterystyka osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej pod względem:
 - a. intelektualnym
 - b. emocjonalnym
 - c. społecznym
4. Najbardziej charakterystyczne cechy osobowości i zachowań
5. Czy osoba ubiegająca się o skierowanie do domu pomocy społecznej pozostawała lub pozostaje pod opieką psychiatryczną, jeżeli tak, to z jakiego powodu?
- Czy była z tego powodu hospitalizowana, jeśli tak, to jak długo?.....
6. Przebieg dotychczasowej rehabilitacji
7. **Psycholog** (ewentualnie lekarz) **prowadzący** (imię i nazwisko, adres, numer telefonu)
8. Uwagi uzupełniające i zalecenia psychologa

Miejscowość

Data.....



podpis i pieczęć psychologa



Załącznik Nr 24 do Zarządzenia Nr 10/2026
Kierownika MGOPS w Drawsku Pomorskim
z dnia 24 sierpnia 2026r.

**Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej
w Drawsku Pomorskim**
ul. Starogrodzka 9, 78-500 Drawsko Pomorskie
tel. 94 36 344 21, 94 36 344 22, e-mail: opieka_drawsko@post.pl

**OŚWIADCZENIE O SYTUACJI OSOBISTEJ I DOCHODOWEJ OSOBY, KTÓRA
UBIEGA SIĘ O POMOC W FORMIE USŁUG KRÓTKOTERMINOWYCH W DOMU
POMOCY SPOŁECZNEJ**

Ja
(imię i nazwisko)

ur., PESEL

jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia i oświadczam
co następuje1:

1. Moja sytuacja osobista przedstawia się następująco:

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

1. Art. 233 Kodeksu Karnego:

§ 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

§ 1a. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższemu, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§ 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.

§ 3. Nie podlega karze za czyn określony w § 1a, kto składa fałszywe zeznanie, nie wiedząc o prawie odmowy zeznania lub odpowiedzi na pytania.

§ 6. Przepisy § 1-3 oraz 5 stosuje się odpowiednio do osoby, która składa fałszywe oświadczenie, jeżeli przepis ustawy przewiduje możliwość odebrania oświadczenia pod rygorem odpowiedzialności karnej.

.....

.....

2. Moja sytuacja dochodowa przedstawia się następująco:

Mój dochód w miesiącu

stanowi

(renta/emerytura, wynagrodzenie za pracę, zasiłek/dodatek pielęgnacyjny, inne świadczenie z ZUS itp.)

Brutto.....zł

Składka zdrowotnazł

Podatekzł

Składki ZUSzł

KUPzł

Nettozł

Inne dodatki do świadczeniazł

Potrącenia dokonywane ze świadczeniazł

Dane powyższe podałam(em) zgodnie z prawdą, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....

(podpis oświadczającego)

Stwierdzam własnoręczność podpisu:

.....

(pieczęć i podpis potwierdzającego)