

.....dnia.....

.....  
Imię i nazwisko wnioskodawcy

.....  
Adres pobytu stałego

.....  
Adres pobytu czasowego

## WNIOSEK

Proszę o skierowanie do\*:

1. Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego Towarzystwa Przyjaciół Niepełnosprawnych
2. Hostelu Towarzystwa Przyjaciół Niepełnosprawnych
3. Mieszkań Chronionych Towarzystwa Przyjaciół Niepełnosprawnych
4. Środowiskowego Domu Samopomocy Towarzystwa Przyjaciół Niepełnosprawnych

**Oświadczam, iż wyrażam zgodę** na ponoszenie odpłatności za pobyt w/w placówce zgodnie z zasadami w niej obowiązującymi.

**Wyrażam/ nie wyrażam\*** zgodę/y na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych w związku z ubieganiem się o przyjęcie do w/w placówki.

.....  
(za zgodność podpisu)

.....  
(podpis wnioskodawcy)<sup>1</sup>

\* niepotrzebne skreślić

\*\* wnioskodawca – osoba ubiegająca się o skierowanie do zakładu lub jej przedstawiciel ustawowy lub inna osoba, bądź zakład opieki zdrowotnej, jednak za zgodą tej osoby lub jej przedstawiciela ustawowego.