

* WZÓR

.....
miejsowość, data

.....
nazwisko i imię

.....
adres zamieszkania
.....

Do Dyrektora / Kierownika
MOPS / OPS
w

WNIOSEK

Proszę o skierowanie mnie do Domu Pomocy Społecznej w Gorzycach,
ul. Bogumińska 22.

Jestem osobą schorowaną, nie radzę sobie z problemami dnia codziennego, potrzebuję całodobowej opieki, której rodzina nie jest w stanie mi zapewnić.

.....
podpis wnioskodawcy