

## Formularz zgłoszenia uwag

Formularz służy zgłoszeniu uwag do sposobu realizacji usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania. Wypełnienie formularza jest dobrowolne. Zgłoszenie nie wpływa na zakres ani kontynuowanie przyznanych usług.

|                                                                                                  |                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Imię i nazwisko osoby zgłaszającej                                                               |                                                                                                                                                                                      |
| Zgłaszający jest                                                                                 | <input type="checkbox"/> odbiorcą usług <input type="checkbox"/> członkiem rodziny odbiorcy <input type="checkbox"/> opiekunem faktycznym <input type="checkbox"/> inną osobą: ..... |
| Dane kontaktowe (telefon, adres, e-mail) – podanie jest dobrowolne i służy udzieleniu odpowiedzi |                                                                                                                                                                                      |
| Odbiorca usług, którego dotyczy zgłoszenie (imię i nazwisko / adres)                             |                                                                                                                                                                                      |
| Data lub okres zdarzenia                                                                         |                                                                                                                                                                                      |
| Czy zgłoszenie dotyczy zagrożenia zdrowia lub życia?                                             | <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak                                                                                                                            |
| Oczekiwany sposób załatwienia sprawy                                                             |                                                                                                                                                                                      |
| Czy życzą sobie Państwo odpowiedzi?                                                              | <input type="checkbox"/> tak – pisemnie <input type="checkbox"/> tak – telefonicznie <input type="checkbox"/> nie                                                                    |

### Opis uwag (co się wydarzyło, czego dotyczą zastrzeżenia):

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
data i podpis osoby zgłaszającej

.....  
data, podpis i stanowisko przyjmującego zgłoszenie

Wypełnia jednostka: data wpływu .....