

.....
/imię i nazwisko/

.....
/adres/

.....
/nr tel. kontaktowego

OŚWIADCZENIE/ ZGODA

Niniejszym, działając jako przedstawiciel ustawowy*

.....
imię i nazwisko, PESEL pacjenta

wyrażam zgodę na umieszczanie w/w osoby z Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Wyrzysku i na odpłatność za pobyt w ZOL zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1755 ze zm.) tj. odpłatność w wysokości odpowiadającej kwocie 70% miesięcznego dochodu w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.

Oświadczam, że w/w osoba skierowana do Zakładu Opiekuńczo-Lecznicznego w Wyrzysku* uzyskuje miesięczny dochód z następujących tytułów:

renta w wysokości zł,

emerytura w wysokości zł,

zasiłek stały wyrównawczy w wysokości zł,

renta socjalna w wysokości zł,

najem/dzierżawa w wysokości zł,

prawa autorskie i inne prawa o których mowa w ustawie o prawie autorskim o prawach pokrewnych w wysokości zł,

inne.....zł.

Ponadto oświadczam, że w/w osoba* nie uzyskuje innych dochodów niż w/w, na które przedstawiłem/am dokumenty stwierdzające wysokość jej dochodu, które w związku z tym stanowią podstawę do obliczenia opłaty za jej pobyt.

Jednocześnie zobowiązuje się każdorazowo niezwłocznie informować Zakład Opiekuńczo-Leczniczny w Wyrzysku o zmianie (zarówno obniżka jak i wzrost) wysokości uzyskiwanego dochodu.

Zobowiązuje się regularnie opłacać koszty pobytu za pacjenta (tytułem ZOL, imię i nazwisko pacjenta przebywającego w ZOL, okres którego dotyczy opłata), zgodnie z wystawioną przez Szpital fakturą do czasu objęcia płatności przez organ rentowy.

.....
/podpis osoby składającej oświadczenie/

* niepotrzebne skreślić