

.....  
/imię i nazwisko/  
.....

/adres/  
.....

/nrPESEL/  
.....

## OŚWIADCZENIE

Niniejszym, działając w imieniu własnym

..... wyrażam zgodę na  
/imię i nazwisko, PESEL osoby skierowanej do ZOL/

umieszczenie wyżej wymienionej osoby w Zakładzie Opiekuńczo - Lecznicy dla dorosłych wentylowanych mechanicznie BetaMed S.A. Medical Active Care z siedzibą w Chorzowie i na odpłatność za pobyt w nim zgodnie z art.18 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004 Nr 210 poz. 2135 z późn. zm.) odpowiadającej kwocie 250% najniższej emerytury jednakże nie wyższej niż 70% miesięcznego dochodu w rozumieniu przepisów ustawy o pomocy społecznej.

Oświadczam, że uzyskuję 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

W załączeniu przekazuję kopie dokumentów potwierdzających wyżej wymienione okoliczności / zobowiązuję się w terminie 7 dni dostarczyć kopie dokumentów potwierdzające wyżej wymienione okoliczności\*.

### **Oświadczam, że:**

- zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany\* o utracie prawa do dodatku pielęgnacyjnego w przypadku przebywania w Zakładzie Opiekuńczo - Lecznicy dla dorosłych wentylowanych mechanicznie, zgodnie z art. 75 ust. 4 z dnia 17 grudnia 1998 roku o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2009 r Nr 153 poz. 1227 z późn. zm.) o brzmieniu: *"Osobie uprawnionej do emerytury lub renty przebywającej w zakładzie opiekuńczo - leczniczym lub zakładzie pielęgnacyjno - opiekuńczym dodatek pielęgnacyjny nie przysługuje chyba, że przebywa poza tą placówką przez okres dłuższy niż 2 tygodnie w miesiącu"*
- nie uzyskuję innych dochodów niż wyżej wymienione, które stanowią podstawę do obliczenia opłaty za mój pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy,
- wyżej wymienione źródła dochodu nie są zajęte ani obciążone prawami osób

- trzecich\*,
- posiadam zadłużenie komornicze wobec tego zobowiązuję się do dopłacenia /zgodnie z ustalonym terminem/ za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy dla dorosłych wentylowanych mechanicznie do wysokości 70% świadczenia\*.

**Zobowiązuję się do:**

- pisemnego poinformowania Zakładu Opiekuńczo – Lecznicy dla dorosłych wentylowanych mechanicznie w Chorzowie ul. Raławicka 20A o wszelkich zaistniałych zmianach mojej sytuacji życiowej jako osoby starającej się o przyjęcie do ZOL, szczególnie o pobycie w innym zakładzie opieki zdrowotnej, ośrodku pomocy społecznej, rezygnacji z umieszczenia w ZOL-u, ewentualnie prośbę o umieszczeniu w zakładzie w późniejszym terminie.
- niezwłocznego poinformowania BetaMed S.A. o zmianie (zarówno obniżka jak i wzrost) wysokości uzyskiwanego dochodu.

.....  
/podpis osoby składającej oświadczenie/

\*niepotrzebne skreślić