

.....
/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 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, 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,
- zastałam/em poinformowany/a

- 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/ a pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy do wysokości 70% świadczenia*.

Zobowiązuję się do:

- pisemnego poinformowania Zakładu Opiekuńczo – Lecznicy 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, ośrodka pomocy społecznej, rezygnacji 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