

.....
Miejscowość, data

.....
/imię i nazwisko przedstawiciela prawnego/

.....
/adres/

.....
/nr PESEL /

OŚWIADCZENIE

Niniejszym, działając jako przedstawiciel prawny:

..... 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 osoba skierowana do zakładu opiekuńczo – leczniczego BetaMed S.A., 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.

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

Oświadczam, że:

wyżej wymieniona osoba nie uzyskuje innych dochodów, które stanowią podstawę do obliczenia opłaty za jej pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy, wyżej wymienione źródła dochodu nie są zajęte ani obciążone prawami osób trzecich*,

wyżej wymieniona osoba posiada zadłużenie komornicze wobec tego zobowiązuję się do dopłacenia /zgodnie z ustalonym terminem/ za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy 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 w sytuacji życiowej osoby starającej się o przyjęcie do ZOL, szczególnie o pobycie jej w innym zakładzie opieki zdrowotnej, ośrodka pomocy społecznej, rezygnacji z umieszczenia w ZOL-u, ewentualnie do przedłożenia prośby 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

